DES

FIBROMES DE L'UTÉRUS

INTRA-LIGAMENTAIRES

PAR

Le Docteur Pierre BOUVIER

EX-INTERNE DES HÔPITAUX
EX-MONITEUR D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE (1899-1900)
EX-PRÉPARATEUR DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE A LA FACULTÉ
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE :
Concours 1895 (*1er prix, Médaille d'argent*) ; Concours 1897 (*1er prix, Médaille d'argent*) ;
Prix de la Ville de Bordeaux (*Mention honorable,* 1900).
LAURÉAT DES HÔPITAUX :
Médaille de bronze, 1897 ; *Médaille d'argent,* 1900.



BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET
17 — RUE POQUELIN-MOLIÈRE — 17
(ANCIENNE RUE MONTMÉJAN)

1901

A mon vieil ami
Dr Fleury.

Affectueux hommage

Bouvier

DES

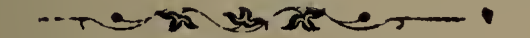
FIBROMES DE L'UTÉRUS

INTRA-LIGAMENTAIRES

PAR

Le Docteur Pierre BOUVIER

EX-INTERNE DES HÔPITAUX
EX-MONITEUR D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE (1899-1900)
EX-PRÉPARATEUR DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE A LA FACULTÉ
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE :
Concours 1895 (*1er prix, Médaille d'argent*) ; Concours 1897 (*1er prix, Médaille d'argent*) ;
Prix de la Ville de Bordeaux (*Mention honorable*, 1900).
LAURÉAT DES HÔPITAUX :
Médaille de bronze, 1897 ; *Médaille d'argent*, 1900.



BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET
17 — RUE POQUELIN-MOLIÈRE — 17
(ANCIENNE RUE MONTMÉJAN)

1901

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LASALLE
(de Lormont).

Après maints témoignages d'affection, vous me faites l'honneur de m'admettre dans votre famille. Grande est ma dette de reconnaissance.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ

A Messieurs les Professeurs ARNOZAN et BOURSIER

Trois qualités maîtresses vous rapprochent : savoir, modestie et bonté. Permettez-moi de vous unir dans ce faible témoignage de respect, d'admiration et de reconnaissance.

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

MON CHER MAITRE,

Pendant les trois années que j'ai passées dans votre service (un an d'externat, deux ans d'internat) vous n'avez cessé de me prodiguer vos conseils éclairés. A côté du maître, il y avait chez vous le protecteur bienveillant. Grâce à vous il m'est permis de prolonger mes études et de profiter pendant plusieurs années de votre haut enseignement. Aujourd'hui même vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Après tant de marques d'affectueuse sympathie, vous me permettrez mon cher Maître de vous adresser ici l'expression de ma vive gratitude et de mon entier dévouement.

L'heure est venue de dire merci à tous ceux qui nous ont aidé, à tous ceux qui nous ont encouragé dans nos études. La tâche sera difficile. Et plus d'un aura le droit de nous taxer d'ingratitude.

C'est tout d'abord à notre famille, à nos amis, à nos camarades, que nous nous adresserons. Par leur appui, par leurs encouragements de chaque instant, ils ont mérité notre reconnaissance.

M. et Mme Léon Prom, depuis le jour où nous avons eu l'heureuse fortune de les connaître, n'ont pas cessé de nous aider et de nous exhorter à la poursuite de nos études. Qu'ils nous permettent ici de les remercier.

A l'Internat, nous n'avons trouvé que des amis. L'espoir de rester avec eux quelque temps encore nous cause un vif plaisir. Nous remercions vivement M. le Dr Micheleau de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

A la Faculté, MM. les Drs de Boucaud, Fraikin, Abadie et Bousquet, chefs de clinique ; MM. les professeurs agrégés Barthe, Cassaët et Sabrazès, Denucé, Villar, Chavannaz, Fieux et Bégouin ; MM. les professeurs, Blarez, Bergonié, Denigès, Piéchaud, Sigalas, plus récemment MM. les professeurs Arnozan et Boursier, nous ont maintes fois prodigué leur appui et leurs conseils. M. le professeur Ferré nous a fait l'honneur de nous prendre comme son préparateur pendant nos premières années d'études médicales ; nous reconnaissons aujourd'hui combien le séjour dans son laboratoire nous a été profitable, et regrettons de ne pas l'avoir prolongé.

Dans les hôpitaux, MM. les Drs Verdelet, chirurgien des hôpitaux et Verger, médecin des hôpitaux, nous ont préparé à l'Internat; M. le Dr Verdelet a bien voulu continuer à nous prodiguer son enseignement pendant notre séjour comme interne

dans le service de M. le professeur Demons ; il y a joint son amitié. Quant à notre excellent ami le D[r] Fraikin, chef de clinique actuel de M. le professeur Demons, nous ne saurions jamais assez le remercier de ses bons conseils et de sa courtoise aménité.

Nous avons gardé une vive affection pour MM. les D[rs] Dudon et Pousson, chez qui nous avons fait notre première année d'externat.

Un souvenir ému est dû au regretté professeur agrégé Binaud, qui a conduit nos premiers pas dans la carrière chirurgicale.

Nous ne saurions clore cette préface sans renouveler à nos vieux amis MM. les D[rs] Venot (père et fils), M. le professeur agrégé Cabanes, à M. Soulard, pharmacien-adjoint des hôpitaux, à nos camarades Nancel-Penard, J. Labat et Pierre Lande l'assurance de notre solide affection.

DES

FIBROMES DE L'UTÉRUS

INTRA-LIGAMENTAIRES

INTRODUCTION

Pendant nos deux années d'internat dans le service de M. le professeur Demons, nous avons eu, à plusieurs reprises, l'occasion d'observer des fibromes utérins intra-ligamentaires. M. le professeur Demons attira chaque fois notre attention sur leurs manifestations cliniques et sur certains détails à observer lorsqu'on veut enlever ces tumeurs. Plus tard, il nous invita à reprendre l'étude clinique et thérapeutique de ces fibromes.

Dans ce travail, nous avons rassemblé 44 observations, dont 4 appartenant au service de M. le professeur Demons, 4 autres à celui de M. le professeur Boursier, 1 à celui de M. le D[r] Dubourg, de Bordeaux. Nous avons emprunté 4 cas à la statistique de M. le professeur Terrier; M. le professeur Pozzi a bien voulu nous donner 3 observations inédites. Reprenant ensuite les observations publiées dans la thèse de Ch. Perrot, nous y avons joint celles très intéressantes de H. Duret, de Lille, et un certain nombre d'autres éparses dans la littérature médicale.

Le plan de ce travail est le suivant : après un court aperçu historique, nous avons repris en détail l'étude de l'anatomie du

ligament large, tant au point de vue de ses rapports que de sa structure; ces quelques considérations anatomiques étaient indispensables pour bien comprendre l'évolution des corps fibreux intra-ligamentaires. Guidé par ces notions, nous avons pu entreprendre la description anatomo-pathologique des fibromes inclus, insistant surtout sur les changements de rapports qu'ils impriment aux organes contenus dans la cavité pelvienne.

Après avoir dit quelques mots sur l'étiologie de ces tumeurs, nous avons cru devoir donner immédiatement la série de nos observations groupées en un chapitre, au lieu de les disséminer; certaines sont plutôt cliniques, d'autres plutôt thérapeutiques, mais plusieurs d'entre elles méritaient de figurer aussi bien au chapitre de la symptomatologie qu'à celui du traitement.

Après une étude détaillée des symptômes provoqués par les fibromes intra-ligamentaires et principalement des troubles de compression qu'ils déterminent, nous avons passé en revue, dans un chapitre de diagnostic, les diverses affections avec lesquelles on peut confondre ces tumeurs. Enfin ayant dit quelques mots du pronostic, nous avons étudié les divers traitements qu'on peut diriger contre les corps fibreux de l'utérus intra-ligamentaires; la myomectomie et l'hystérectomie sus-vaginale et totale ont particulièrement attiré notre attention. Nous n'avons pas cru pouvoir terminer ce travail sans dire un mot des rapports de ces fibromes avec la grossesse.

Nous ne saurions clore cette introduction sans dire merci à tous ceux qui nous ont aidé dans notre tâche, particulièrement à M. le professeur agrégé Gosset et à M. le Dr Verdelet, chirurgien des hôpitaux. M. le professeur Boursier nous a maintes fois prodigué des conseils, nous lui adressons nos sincères remerciements.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE. DÉFINITION

« Une variété importante des corps fibreux sous-péritonéaux » sessiles est celle qui se développe dans l'épaisseur des liga- » ments larges, *corps fibreux intra-ligamentaires*. Mais ils pro- » viennent généralement du col... » (1), nous dit le professeur Pozzi, dans son étude anatomo-pathologique des fibro-myomes du corps de l'utérus.

Plus loin, étudiant ceux qui s'insèrent non plus sur le corps, mais sur la portion sus-vaginale du col utérin, il ajoute : « Ils » débordent souvent sur les côtés entre les feuillets des ligaments » larges qu'ils dédoublent, constituant ainsi une des variétés les » plus graves des corps fibreux intra-ligamentaires. Ils peuvent » même dépasser cette région, cheminer en avant entre la vessie » et l'utérus et pousser des prolongements jusque dans le méso- » côlon iliaque. Emprisonnés à leur point de départ même dans » l'enceinte inextensible du petit bassin, ils sont l'origine des » accidents de compression les plus redoutables : j'ai proposé » de les appeler *corps fibreux pelviens* » (2).

Il y a donc une variété de fibromyomes de l'utérus sous-péritonéaux constituée par ceux qui se développent dans l'intérieur des ligaments larges. Quand une tumeur fibreuse de l'utérus sera-t-elle intra-ligamentaire? Le professeur Pozzi a cru devoir distinguer les corps fibreux inclus développés aux dépens du corps de l'utérus et ceux qui s'insèrent sur la portion sus-vaginale du col. Cette division ne manque pas d'intérêt au point de

---

(1) S. Pozzi, *Traité de gynécologie*, 3e édition, p. 257,

(2) S. Pozzi, *loc. cit.*, p. 258.

vue de l'étude symptomatologique ou thérapeutique de ces tumeurs. Mais les corps fibreux de l'utérus inclus dans le ligament large, qu'ils appartiennent au corps ou à la portion sus-vaginale du col, ont tous un point commun, c'est leur développement latéral et sous-péritonéal. Rappelons que le péritoine tapisse latéralement dans toute sa hauteur la portion sus-vaginale du col. Y a-t-il une différence entre le corps fibreux « pelvien » et le fibrome intra-ligamentaire que nous avons à étudier ici? A cette question nous répondrons : un fibrome intra-ligamentaire à insertion basse est un fibrome pelvien; mais tout fibrome pelvien n'est pas forcément intra-ligamentaire. Je ne citerai pour exemple que les corps fibreux développés aux dépens de la face antérieure du col, laquelle est dépourvue de péritoine. Ils pourront plus tard s'inclure, mais pas forcément. Nous définirons donc fibrome de l'utérus intra-ligamentaire un fibrome sous-péritonéal développé aux dépens des bords du corps ou des flancs de la portion sus-vaginale du col.

Bon nombre de chirurgiens, parlant des fibromes utérins intra-ligamentaires, les désignent sous le nom de fibromes « inclus », c'est-à-dire inclus dans le ligament large.

L'existence des fibromes intra-ligamentaires n'est pas une découverte récente. M. le professeur F. Guyon (1), dans sa thèse d'agrégation, a soin de mentionner l'inclusion lorsqu'elle existe dans les cas étudiés par lui. M. le professeur Pozzi (2), lui aussi dans sa thèse d'agrégation, étudie les corps fibreux qu'il a nommés « pelviens ». Kœberlé, au congrès de Copenhague, en 1884, déclare l'inclusion une contre-indication au traitement chirurgical.

Depuis, les fibromes utérins intra-ligamentaires ont été étudiés par Lassalle (thèse de Montpellier, 1890), par Boiffin (tumeurs fibreuses de l'utérus, 1893), par Terrillon dans ses leçons cliniques. Un certain nombre d'observations ont été publiées; nous

---

(1) F. Guyon, *Des tumeurs fibreuses de l'utérus*, thèse d'agrégation. Paris, 1860.

(2) S. Pozzi, *De la valeur de l'hystérectomie dans le traitement des corps fibreux de l'utérus*, thèse d'agrégation. Paris, 1875.

en reproduisons quelques-unes. H. Duret (de Lille) a rapporté cette année, dans la *Semaine gynécologique* (janvier 1901), plusieurs cas de fibromes inclus très intéressants.

Mais il existe peu de travaux d'ensemble sur les corps fibreux de l'utérus intra-ligamentaires. Signalons cependant la thèse de Ch. Perrot (1), où nous trouvons une excellente description clinique et un certain nombre d'observations des plus instructives que nous avons cru devoir reproduire.

Si nous trouvons peu de travaux d'ensemble sur les fibro-myomes inclus, nous voyons par contre, à maintes reprises, ces tumeurs attirer l'attention des chirurgiens qui se sont occupés du traitement des corps fibreux de l'utérus. Leur histoire se confond avec celle de l'évolution de la chirurgie des fibromes (2); nous ne pouvons ici relater tous les noms des chirurgiens qui ont contribué au traitement des corps fibreux depuis l'hystérectomie à pédicule externe jusqu'à la supra-vaginale ou encore à la myomectomie. Au cours des discussions qui ont eu lieu dans les divers congrès, ces dernières années, nous voyons à plusieurs reprises les chirurgiens apporter des restrictions au sujet des fibro-myomes intra-ligamentaires. Delagenière, dans son traité sur la *Chirurgie de l'utérus* (1898), consacre, au cours de sa description sur la technique de l'hystérectomie abdominale, puis de la myomectomie, un paragraphe aux fibromes inclus dans le ligament large. Doyen, au congrès international d'Amsterdam (1899), ne signale-t-il pas les modifications à apporter à son procédé, lorsque le corps fibreux est intra-ligamentaire? Moins sévères que Kœberlé, leur ancêtre, les chirurgiens ne considèrent plus ces fibromes comme inopérables; loin de là, ils envisagent l'opération comme indiquée en raison des troubles de compression que déterminent ces tumeurs Ils se font de plus en plus à cette idée que j'ai souvent entendu exprimer à mon maître, M. le professeur Demons, c'est qu'il faut songer à la

(1) Ch. Perrot, thèse de Lyon, 1900.

(2) A. Boursier, *Journal médecine*, Bordeaux, 1901, p. 37. Mémoire de Longuet, *In semaine gynécol.*, 1900. Angelesco, thèse de Paris, 1897.

possibilité de l'inclusion. Si le fibrome est inclus, sans perdre de temps, procéder à sa décortication.

Les fibromes intra-ligamentaires sont bien étudiés dans les Traités classiques de gynécologie de Pozzi (1897) et de Labadie-Lagrave et Legueu (1901).

CHAPITRE II

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ANATOMIE DU LIGAMENT LARGE ET LES VAISSEAUX DE L'UTÉRUS

Le chirurgien qui veut comprendre la pathogénie et l'évolution des fibromes de l'utérus inclus dans le ligament large, qui veut en faire l'étude clinique, celui surtout qui veut les attaquer bistouri en main doit connaître le péritoine pelvien, celui des ligaments larges en particulier.

Il doit savoir non seulement sa configuration extérieure, mais encore ses rapports intrinsèques et extrinsèques. Sa structure ne doit pas lui être inconnue.

Nous avons cru devoir rappeler brièvement l'irrigation artérielle de l'utérus que le chirurgien doit posséder à fond lorsqu'il veut tenter l'extirpation d'une tumeur fibreuse de l'utérus incluse dans le ligament large.

Nous n'avons nullement la prétention de faire une étude anatomique complète; notre ambition se bornera à quelques considérations. Du reste, il existe un certain nombre de travaux sérieux sur cette question. Je vous rappellerai le *Traité des suppurations pelviennes,* de Delbet, la thèse de Lallement sur l'anatomie des ligaments larges (th. de Paris, 1881), l'article de Le Bec sur les ligaments larges, dans la *Gazette hebdomadaire de Paris,* 1881, plus récemment la thèse d'Heikeu (th. de Kiel, 1890) et surtout la remarquable thèse de Fredet (th. de Paris, 1899) sur les vaisseaux de l'utérus. C'est principalement dans cet ouvrage et dans l'*Anatomie gynécologique* de Petit (1), que vous trouverez de précieux renseignements.

---

(1) *Éléments d'anatomie gynécologique clinique et opératoire,* par Paul Petit. Paris, 1901.

Dans notre description, nous adopterons les idées de Fredet et de Petit qui sont le résultat de nombreuses et pénibles dissections.

A. *Ligaments larges.* — *Configuration extérieure et rapports.* — Le ligament large s'étend de l'excavation pelvienne au flanc du corps de l'utérus. Cette « aile membraneuse et mobile » part de la bifurcation de l'iliaque primitive soulevée par les vaisseaux tubo-ovariens et se dirige vers la corne utérine. Fredet compare à juste raison le ligament large à « un méso » entraîné par le cordon vasculaire que constituent l'artère et la veine utéro-ovarienne. Avant d'atteindre la corne utérine le ligament large rencontre l'ovaire; arrivé au niveau de son angle supéro-externe, il se déploie pour se continuer en avant avec la trompe, en arrière avec l'ovaire et le ligament ovarien. Ainsi se forment deux ailerons, au niveau du bord supérieur du ligament large; un troisième est produit par le soulèvement péritonéal que produit le ligament rond. Ces trois ailerons ont été distingués en antérieur, moyen et postérieur. L'antérieur contient le ligament rond, le moyen, l'isthme et l'infundibulum de la trompe, le postérieur « se jette sur le hile et le ligament de l'ovaire ». Les ailerons moyen et postérieur sont rattachés au bassin par le ligament rond postérieur de Rouget (ligament infundibulo-ovaro-pelvien de Petit), lequel contient le pédicule utéro-ovarien. A l'état normal, l'ovaire et la trompe entraînent par leur poids les ailerons moyen et postérieur. La trompe « encapuchonne l'ovaire » (Petit).

Tel est le bord supérieur du ligament large; étudions maintenant son bord interne, sa base d'implantation ou bord inférieur et ses deux faces antérieure et postérieure.

Le bord interne correspond au bord latéral du corps de l'utérus. Arrivé à ce niveau, le ligament large se dédouble en ses deux feuillets constitutionnels. Le feuillet antérieur passe sur la face antérieure de l'utérus, l'autre sur sa face postérieure. Arrivés au bord latéral du côté opposé les deux feuillets se continuent avec les feuillets de l'autre ligament large.

En bas, le ligament large s'étend de la bifurcation de l'iliaque

primitive jusqu'à l'isthme utérin. Au niveau de sa base d'implantation, le feuillet antérieur se réfléchit sur la vessie et sur la paroi, contribuant ainsi à former la loge pelvienne antérieure; le feuillet postérieur se réfléchit également sur la paroi pelvienne « qu'elle tapisse dans une faible étendue (fossette ovarienne), puis rencontre le pédicule hypogastrique et va revêtir la fossette hypogastrique » (Petit).

La face antérieure est soulevée par le ligament rond qui constitue ainsi l'aileron antérieur. Cette face du ligament large forme en grande partie la paroi postérieure de l'excavation pelvienne antérieure, remplie d'anses d'intestin grêle, lorsque la vessie est vide, occupée au contraire par la vessie quand celle-ci est distendue. Cette loge pelvienne est tapissée en avant par le péritoine qui recouvre la vessie. Nous verrons plus loin qu'au cours des fibromes inclus ce péritoine peut être entièrement décollé et soulevé, entraînant même avec lui le péritoine qui tapisse la paroi antérieure de l'abdomen.

En arrière, la face postérieure du ligament large est soulevée par le ligament utéro-sacré, puis par le pédicule vasculaire des organes pelviens contenant l'artère utérine, les veines utérines, les vaisseaux du vagin et de la vessie, l'uretère, etc. Les ligaments utéro-sacrés (utéro-vagino-rectaux de Petit) limitent la cavité de Douglas. Ils sont constitués par le péritoine, son peaussier et par une lame fibro-musculaire qui s'attache en arrière au « trousseau fibreux du sacrum puis agrippe le rectum » par échange de fibres et va s'insérer en avant sur le bord postéro-latéral de l'isthme et sur la partie correspondante du cul-de-sac vaginal. Ces deux replis de Douglas divisent la loge pelvienne postérieure en deux étages : un supérieur, l'autre inférieur. L'autre saillie du feuillet postérieur est constituée par la gaîne hypogastrique surtout accusée par l'uretère qu'on reconnaît à sa forme aplatie et à sa couleur blanchâtre. Nous étudierons dans un instant avec beaucoup plus de détails ce pédicule hypogastrique lorsque nous parlerons des vaisseaux de l'utérus. Entre la gaine hypogastrique et la base du ligament large se trouve la fossette ovarienne de Fredet, bien différente de celle de Krause.

En arrière, le ligament est en rapport avec la loge pelvienne postérieure. Nous y trouvons le rectum, le côlon pelvien et des anses d'intestin grêle.

Rappelons un détail signalé par Petit et auquel nous attribuons une certaine importance : « Le méso du côlon pelvien se continue » sur le bord interne du psoas avec le méso du côlon iliaque » qui coupe en biais la fosse iliaque et forme avec le premier » une coudure ouverte du côté de la fosse iliaque en face de » l'épine iliaque postéro-supérieure. La convexité de cette cou- » dure porte à faux sur le détroit supérieur. Il en résulte que la » couverture péritonéale du ligament infundibulo-pelvien gauche — (il s'agit des ligaments ronds postérieurs de Rouget dans lesquels chemine l'artère utéro-ovarienne) — qui atteint précisé- » ment en ce point le détroit supérieur, se confond avec la lame » péritonéale interne du mésentère colique, tandis que le cordon » formé des vaisseaux utéro ovariens et de leur gaîne lisse passe » au-dessous de ce méso tout en le croisant » (1). Dès lors, on comprendra facilement qu'un fibrome inclus dans le ligament large puisse dédoubler les deux feuillets qui engaînent le pédicule vasculaire de la trompe et de l'ovaire, puis dédoubler le méso du côlon iliaque au point où « il porte à faux » sur le détroit supérieur et venir s'accoler au côlon iléo-pelvien.

Le voisinage des anses intestinales grêles dans la loge pelvienne nous permet de comprendre les adhérences qui peuvent exister aux cas de fibromes inclus. Bien plus, nous verrons dans l'étude anatomo-pathologique certains fibromes inclus aller dédoubler le mésentère.

Nous n'insisterons pas sur la présence du rectum dans la fosse pelvienne postérieure. Signalons les rapports du feuillet postérieur avec des organes éloignés du ligament large à l'état normal; je veux parler des nerfs sciatique et crural, des vaisseaux iliaques interne et externe. Ces nerfs et vaisseaux peuvent arriver à être comprimés, aplatis même par une tumeur incluse

---

(1) Paul Petit, *Anatomie gynécologique*, p. 41.

dans le ligament large. Nous reviendrons plus loin sur les rapports avec l'uretère.

Structure du ligament large. — Le péritoine des ligaments larges est doublé d'un peaussier sous-péritonéal. En outre, ses deux feuillets sont séparés par une expansion de l'aponévrose ombilico-pelvienne de Petit, continuation de l'aponévrose ombilico-vésicale de Delbet.

Etudions tout d'abord le peaussier sous-péritonéal du ligament large. Il est formé de deux couches de faisceaux rayonnés de fibres musculaires lisses. Celles-ci partent de l'utérus pour tapisser les deux lames séreuses qui constituent le ligament large. Ces fibres musculaires deviennent plus épaisses au niveau des ailerons. Autour de l'ovaire, autour des artères, veines et lymphatiques qui y aboutissent ou qui en partent, le peaussier sous-péritonéal épaissi constitue le pédicule *para-ovarien*. De même autour des vaisseaux et nerfs qui accompagnent la trompe, il forme le pédicule *para-tubaire*. De l'infundibulum de la trompe au pôle externe de l'ovaire, il constitue le cordon *infundibulo-ovarien*. La réunion de ces trois cordons en dehors constitue le *pédicule annexiel externe;* la réunion des deux premiers en dedans forme le pédicule *annexiel interne*. Sur les côtés de l'utérus, le peaussier sous-péritonéal s'épaissit et forme une gaîne à l'utérine, à ses veines satellites ainsi qu'à un tronc lymphatique intermédiaire, aux vaisseaux blancs du corps et à ceux du col. C'est la gaîne *latéro-utérine*. En bas, le peaussier envoie quelques fibres musculaires dans le repli de Douglas. C'est le ligament *utéro-rectal*.

Ces deux couches musculaires qui constituent le peaussier sous-péritonéal du ligament large sont séparées entre elles par un prolongement de l'aponévrose ombilico-pelvienne. C'est le feuillet supérieur (1) de l'aponévrose ombilico-pelvienne qui envoie un prolongement dans chaque ligament large. Il y a peu de tissu celluleux dans les ailerons de la trompe et de l'ovaire.

---

(1) Lire la description de l'aponévrose ombilico-pelvienne dans Petit, *Anatomie gynecol.*, p. 54 ou *Revue de gynécologie*, année 1900.

Il y en a bien davantage dans le ligament large, qui est essentiellement dédoublable. Cette particularité permet le développement des tumeurs fibreuses de l'utérus dont nous avons à nous occuper. C'est elle que le chirurgien aura à mettre à profit, soit pour aller à la recherche de l'artère utérine, soit encore pour aborder un fibrome inclus. C'est au niveau des parties latérales du corps utérin, au niveau de la gaîne latéro-utérine et surtout en regard de l'isthme à la hauteur du pédicule hypogastrique, que ce tissu celluleux existe en grande abondance. On comprendra facilement l'importance de cette remarque. Le péritoine qui tapisse les faces antérieure et postérieure de l'utérus est presque impossible à décoller. Pour s'en rendre compte; il suffit de faire comme Petit, d'introduire une sonde cannelée entre les deux lames péritonéales du ligament large et de la porter de dehors en dedans à la rencontre de l'utérus.

Le fibrome qui prendra naissance sur les faces antérieure ou postérieure s'élèvera, soulevant le péritoine péri-utérin sur un point très limité; jamais il n'entraînera dans son ascension le péritoine des régions voisines. Au contraire, le fibrome développé au niveau des bords latéraux, celui surtout qui prendra son insertion aux dépens de l'isthme trouvera devant lui une traînée de tissu cellulaire lâche, barrière insignifiante qu'il aura vite repoussée. Bien plus, ce tissu celluleux, cette aponévrose ombilico-pelvienne se continuant entre les deux feuillets du mésocôlon pelvien, se propageant le long du péritoine pariétal à mesure qu'il sera repoussé par les fibromes inclus, ouvrira à ces derniers une route qu'ils n'auront plus qu'à suivre, produisant ainsi des décollements considérables.

De cette étude sur la structure du ligament large, le chirurgien doit retenir un fait capital. Entre les deux feuillets péritonéaux existent deux grandes lames celluleuses, très peu adhérentes. Leur plan de séparation est le bon plan de *clivage* qu'il ne faut jamais abandonner.

Physiologie du ligament large. — « Le ligament large est le méso des annexes et de leurs vaisseaux » (Fredet). Les deux pédicules annexiels réunis par l'intermédiaire de l'utérus sus-

pendent les annexes, l'utérus, les ligaments larges et par leur intermédiaire le plancher pelvien. La gaîne hypogastrique est au contraire l'enveloppe des vaisseaux de l'utérus. Pour s'en convaincre, il suffit de lire la démonstration faite par Fredet sur ce sujet. Il base ses conclusions sur l'embryologie. Le ligament large résulte « en partie de l'entraînement, dans le bassin » et de la plicature dans le sens transversal, d'un méso primi- » tivement longitudinal et inséré sur la fosse iliaque, c'est-à- » dire sur le côté de la cavité pelvienne et au-dessus d'elle ».

Pendant la grossesse, les ligaments larges sont soulevés et dédoublés. La pathologie ne fera donc qu'imiter la physiologie.

B. *Vaisseaux artériels de l'utérus.* — Le chirurgien qui veut procéder à l'extirpation d'un fibrome utérin ne doit pas perdre de vue un seul instant la disposition des artères de l'utérus.

Celles-ci sont au nombre de deux principales, d'après les auteurs classiques :

1° *Artère utéro-ovarienne.*

2° *Artère utérine.*

1° *Artère utéro-ovarienne* (ou tubo-ovarienne). — D'après Fredet et Petit, cette artère ne donnerait de rameaux qu'à la trompe et à l'ovaire. Arrivée au pôle externe de l'ovaire, elle se divise en : α) *salpingienne externe,* qui s'anastomose avec la salpingienne moyenne, branche de l'utérine ; β) *ovariennes directes;* puis γ) *ovarienne anastomotique,* qui s'anastomose avec l'ovarienne, branche de l'utérine.

2° *Artère utérine.* — L'utérine naît de l'iliaque interne, soit isolément, soit par l'intermédiaire d'un tronc commun avec l'ombilicale. Elle passe entre l'uretère et la paroi du bassin, puis vient se mettre au devant de l'uretère. Artère utérine et uretère cheminent ensuite sous le péritoine de la fossette ovarienne puis se dirigent la première vers l'utérus, le second vers la vessie. Le lieu fondamental de la ligature de l'utérine est la fossette ovarienne ; son point de repère est l'uretère.

Au niveau de l'isthme, l'uretère et l'artère se croisent à 18 millimètres environ de la face latérale de l'utérus ; l'uretère, se dirigeant en bas, passe au-dessous de l'utérine, qui « occupe

le faîte du pédicule utéro-vaginal », puis remonte le long du bord latéral de l'utérus.

Arrivée à la corne de l'utérus, l'artère utérine s'anastomose avec l'artère du ligament rond puis fournit la *salpingienne moyenne,* qui s'anastomose avec la *salpingienne externe*, branche de l'utéro-ovarienne. Plus haut, elle se termine en s'anastomosant avec l'ovarienne anastomotique, branche également de l'utéro-ovarienne.

L'utérine, entre son origine et le point où elle se coude pour gagner le bord latéral de l'utérus, donne naissance à des *branches longues* dont les unes sont antérieures, les autres postérieures. Les premières (cervico-vaginales antérieures) irriguent la partie antérieure du col et de l'isthme de l'utérus, la partie supérieure de la paroi antérieure du vagin et la base de la vessie. Les secondes (cervico-vaginales postérieures) irriguent la partie postérieure de l'isthme et le cul-de-sac vaginal postérieur.

L'utérine donne quelquefois naissance à la vaginale inférieure.

De ces quelques considérations anatomiques, nous pourrons tirer les conclusions suivantes :

1° Pour aborder un fibrome inclus dans le ligament large, il suffit de sectionner ce dernier du pelvis à l'utérus entre le ligament rond et l'ovaire. Le péritoine qui tapisse la tumeur fibreuse se laissera alors facilement décoller, sauf dans le cas de poussées inflammatoires antérieures.

2° Après énucléation du fibrome, on devra sectionner l'artère du ligament rond et les pédicules annexiels.

3° Puis inciser le feuillet qui tapisse la face antérieure de l'utérus pour décoller la vessie.

4° Inciser le feuillet qui tapisse la face postérieure de l'utérus et décoller en arrière les gaînes hypogastriques.

5° Sectionner le pédicule utéro-vaginal. L'artère utérine peut être liée au niveau de l'isthme ou à son origine. Dans le premier cas, il faut mettre une ligature sur l'artère utérine au point le plus déclive de sa courbe et au ras de l'utérus ; à ce niveau l'uretère s'est déjà séparé de l'artère utérine. Malheureusement

cette ligature ne comprend pas les branches cervicales et vaginales de l'utérine. C'est là un des arguments qui ont fait donner par certains chirurgiens la préférence à l'hystérectomie subtotale dans laquelle il suffit de lier les utéro-ovariennes et utérines ; l'hystérectomie totale ouvre des branches cervico-vaginales sur lesquelles la ligature de l'utérine au niveau de l'isthme n'a aucune influence. L'utérine peut aussi être liée à son origine ; il suffit de la dénuder et de l'isoler de l'uretère.

6° Il n'y a plus qu'à sectionner ou désinsérer le col.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les fibro-myomes intra-ligamentaires sont des tumeurs bénignes au point de vue histologique. Elles sont constituées, comme les autres fibromes utérins, par du tissu conjonctif et du tissu musculaire lisse.

Les corps fibreux inclus dans le ligament large présentent un volume très variable, si nous en croyons les observations rapportées plus loin. A côté de tumeurs grosses comme une noix, nous en voyons atteindre le volume d'une tête de fœtus. Dans le cas étudié par MM. Boursier et Binaud, le fibrome occupait les deux ligaments larges et remplissait la plus grande partie de l'abdomen; de même chez la malade de M. le professeur Demons (obs. XVII). Le poids est très variable; la malade dont Lassalle nous rapporte le cas dans sa thèse portait un fibrome du poids de 1.100 grammes; celle de Duret (obs. XL), un corps fibreux pesant 2 kilog. 400 ; celle de Boursier, un fibrome de 7 kilog. 500; celle de Goullioud, un corps fibreux de 8 kilogrammes (obs. XLI).

Leur forme est plus ou moins arrondie.

Leur surface est tantôt lisse, tantôt mamelonnée.

Comme les autres variétés de fibromyomes utérins sous-péritonéaux, les fibromes inclus présentent une consistance très dure ou très molle (obs. XL) suivant la prédominance de l'élément conjonctif ou musculaire.

Les fibromes inclus sont uniques ou multiples. Ils peuvent coexister avec un fibrome sous-muqueux, un fibrome interstitiel ou un fibrome sous-péritonéal non inclus, avec un fibrome pri-

mitif du ligament large ou encore un fibrome de l'ovaire. N'a-t-on pas signalé des cas de fibromatose généralisée de tout le bassin (1)?

Les fibromes intra-ligamentaires peuvent se développer aux dépens de la corne utérine (obs. XL) Mais leur point d'implantation le plus fréquent est au niveau de l'isthme et de la portion sus-vaginale du col, ainsi que l'a fait remarquer le professeur Pozzi. Viennent ensuite, comme fréquence, les bords latéraux de l'utérus. Leurs connexions avec la matrice sont fort variables; tantôt ils sont rattachés à cet organe par un pédicule très grêle (obs. VI), tantôt ils sont sessiles. Dans notre observation XXXIV, la tumeur adhérait non seulement au bord droit, mais à la face postérieure de l'utérus. Parfois, matrice et fibrome ne font qu'une seule masse dans laquelle il est difficile de distinguer l'organe utérin.

Nous n'insisterons ni sur l'histogénèse, ni sur les dégénérescences des fibromes intra-ligamentaires afin de pouvoir étudier plus longuement les lésions de voisinage que déterminent ces tumeurs.

Au point de vue histogénétique, les corps fibreux inclus sont-ils congénitaux (théorie de Couheim), sont-ils de nature irritative? Se développent ils autour d'un vaisseau (Gottchalk, Pilliet et Costes)? Sont-ils dus à une infection (Galippe)? Sont-ils primitivement sous-muqueux; emportent-ils, en s'éloignant de la muqueuse, le microbe qui facilite leur développement et les éléments glandulaires qui, plus tard, s'atrophieront ou se transformeront (Claisse) (2)? Ce sont là autant d'hypothèses.

Les fibromes intra-ligamentaires peuvent subir des transformations aseptiques, septiques et malignes. L'œdème (obs. XXIII), la production des cavités kystiques (obs. XXIV), la calcification (obs. XXI) se rencontrent dans les observations que nous avons

---

(1) Jacobs, *Fibromatose génitale*, Soc. belge de Gyn. et Obst., 1899-1900, X, n. 10, p. 249.

(2) A. Claisse, *Recherches sur le développement des fibromes et fibro-myomes de l'utérus*. Thèse Paris, 1900.

rapportées plus haut. La suppuration peut se produire surtout au niveau de la capsule; la gangrène peut survenir par torsion du pédicule, lorsque celui-ci est grêle, ou bien par microbes anaérobies lorsque la tumeur est sessile (1). Quant aux transformations malignes, on doit pouvoir les rencontrer et il faut en tenir compte au point de vue du pronostic malgré les affirmations de la Torre (de Rome). Pour cet auteur, le fibrome ne dégénère pas; il est envahi par les éléments sarcomateux; cet envahissement est rare (2 p. 100). Quant à la coexistence du cancer, elle est aussi d'après lui extrêmement rare (2 p. 100). L'opinion de la Torre, grand conservateur d'utérus au nom des joies que procure la maternité, n'est pas celle de tous les chirurgiens (Doyen) (2).

Il nous faut laisser de côté les études si intéressantes qui ont été faites ces derniers temps sur les transformations des fibromes utérins pour en arriver à une question des plus importantes lorsqu'on étudie les corps fibreux de l'utérus inclus dans le ligament large. Que deviennent les organes contenus dans la cavité pelvienne (péritoine, ovaires, uretère, vaisseaux, etc.)?

Voyons tout d'abord comment se comporte l'utérus? Dans l'immense majorité des cas il s'agrandit, son muscle s'hypertrophie; sa cavité augmente de longueur. Parfois il est tellement modifié dans sa forme que même, pièce en main, on a de la peine à le reconnaître. La muqueuse utérine est parfois très peu malade dans les fibromes inclus; ces derniers se développent en général assez loin d'elle. Le peu de retentissement des corps fibreux intra-ligamentaires sur la muqueuse de l'utérus se traduit par l'absence de leucorrhée et de métrorrhagies.

Les annexes du côté correspondant au fibrome sont, en général, entraînées, soulevées; souvent même elles sont aplaties, surtout la trompe. Les altérations des ovaires, d'après Popow et Bulius, portent sur le tissu conjonctif qui prolifère et se nécrose

---

(1) Hartman et Mignot, *Gangrène par microbe anaérobie. Ann. gynécol.*, juin 1896, p. 435.

(2) Consulter de Boucaud, Thèse de Bordeaux, 1898.

et sur les follicules de Graaf qui deviennent kystiques puis disparaissent. Les annexes du côté opposé sont malades, surtout lorsque la muqueuse utérine est enflammée ; il n'est pas rare de les trouver saines.

Les feuillets du ligament large sont, en général, épaissis, vascularisés ; le fibrome les a transformés en une véritable capsule. Tantôt ils sont appliqués au-dessous de la tumeur, disposition favorable pour le traitement, tantôt ils sont entièrement déplissés et une partie du corps fibreux est dépourvue de péritoine. Le fibrome, après avoir été intra-ligamentaire, devient *rétro-péritonéal.*

A mesure que le péritoine du ligament large est ainsi dédoublé, il se soulève et le cul-de-sac vésico-utérin s'efface de plus en plus. Dans le cas de MM. Boursier et Binaud, le péritoine était remonté jusqu'à l'ombilic. Lorsqu'ils firent la laparotomie, ces deux chirurgiens trouvèrent du tissu graisseux, jaunâtre, mais pas de péritoine pariétal. Ce n'est qu'à la partie supérieure de l'incision qu'ils purent découvrir la séreuse soulevée jusqu'à l'ombilic. Ce n'est pas seulement le péritoine qui tapisse la face antérieure de l'abdomen qui peut être ainsi décollé. Il en est de même du péritoine pariétal postérieur ; le Douglas n'existe plus dans une de nos observations. Le mésocôlon iléo-pelvien a été plusieurs fois rencontré dédoublé.

Le gros intestin (S iliaque et surtout le rectum) est aplati (Obs. XXIV). Les adhérences à l'intestin grêle ne sont pas rares. Le cœcum est quelquefois soulevé, l'appendice adhérent. Le fibrome intra-ligamentaire, en se développant sous l'intestin et en se couvrant de son méso, change la statique habituelle et normale de l'intestin, mais, comme le fait remarquer Goullioud (de Lyon), il le fait progressivement. Gare au chirurgien qui viendra détruire ces nouvelles conditions d'immobilité. Une coudure intestinale sera facilement produite (1).

Si la tumeur se développe en avant, elle soulève le cul-de-sac

---

(1) V. Goullioud, *Une cause d'occlusion intestinale spéciale aux fibromes,* communication au Congrès d'Amsterdam.

vésico-utérin et vient comprimer la vessie, qui est aplatie, allongée. Il est facile au chirurgien de perforer ou de déchirer cet organe au cours de son opération (Obs. XVIII). Le cathétérisme peut seul prévenir ce danger.

L'uretère est un des organes les plus intéressés par le développement des corps fibreux intra-ligamentaires. Le plus souvent, il est en arrière de la tumeur (Obs. XXXIV), qui le comprime contre le bassin, quelquefois suffisamment pour gêner la circulation de l'urine et retentir sur le rein (hydronéphrose, albuminurie). Dans certaines circonstances, l'uretère est englobé dans la tumeur ; d'autres fois, il passe au devant d'elle et se présente pour ainsi dire au bistouri de l'opérateur. Qu'on nous permette une réflexion : pourquoi le chirurgien, lorsqu'il a des doutes sur la situation de l'urétère, n'irait-il pas, comme Kelly et ses élèves le font dans le cancer, chercher cet organe à la bifurcation de l'artère iliaque primitive ? Mieux vaudrait prolonger un peu l'opération, plutôt que de s'exposer à sectionner l'uretère.

Les vaisseaux iliaques, les nerfs sciatiques et cruraux sont fréquemment comprimés, aplatis contre le bassin par les fibromes intra-ligamentaires.

Nous voyons combien sont graves les désordres que provoquent les corps fibreux de l'utérus inclus dans le ligament large. Le péritoine pelvien peut être complètement déformé ; ses culs-de-sac sont souvent effacés, les prolongements qu'il envoie aux divers organes contenus dans le bassin sont dédoublés, disparus parfois. L'intestin lui-même est aplati, déformé ; il en est de même des nerfs et des vaisseaux de la cavité pelvienne. Mais il est deux organes dont les lésions intéressent particulièrement le chirurgien, l'uretère et la vessie. Ce sont eux que le chirurgien doit éviter de rencontrer et ce sont eux qui subissent les plus grands déplacements. Les changements qui se produisent dans leurs rapports suffiraient à eux seuls pour justifier ces mots de Martin parlant des fibromes intra-ligamentaires : « Seul le chirurgien habile osera s'attaquer à ces sortes de tumeurs ».

Je ne veux pas terminer ce chapitre sans dire un mot de cer-

tains corps fibreux inclus que je qualifierai volontiers du nom de *compliqués*. Ces fibromes, que le chirurgien rencontrera de moins en moins souvent à mesure que l'habitude d'opérer les tumeurs fibreuses incluses dans le ligament large sera de plus en plus suivie dans la pratique médicale, ont été bien décrits récemment par H. Duret (de Lille). Je veux parler des corps fibreux à adhérences très nombreuses, soudés à tous les viscères pelviens et en symphyse totale avec la cavité du bassin. Sans doute un certain nombre d'entre eux ont eu une marche rapide; plusieurs ont subi des transformations. Mais combien auraient pû être enlevés facilement dès les premières irritations péritonéales sans exposer plus tard la malade aux risques d'une opération périlleuse !

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Ecrire l'étiologie des fibromes utérins inclus nous semble impossible à l'heure actuelle, étant donné les vagues notions que nous possédons sur les causes qui facilitent le développement des corps fibreux de l'utérus en général.

Surtout fréquents entre trente et cinquante ans, ils ne paraissent pas influencés par la grossesse. On aurait pu penser, en effet, que l'utérus gravide, soulevant et dédoublant les deux feuillets du ligament large, déterminait chez celui-ci une sorte de relâchement, grâce auquel le fibrome pouvait se glisser plus facilement entre ces deux lames péritonéales. Il n'en est rien : vierges, nullipares et multipares sont également frappées de la maladie que nous étudions ici.

Nous n'ajouterons rien à ce que nous avons dit sur la pathogénie au chapitre de l'anatomie pathologique.

Signalons cependant l'absence de syphilis dans nos observations ; on connaît en effet le rôle que Prochowinck fait jouer à cette affection dans la production des fibromes. Du reste, les infections d'ordre général ne paraissent pas avoir été les facteurs essentiels des myomes dont nous rapportons ici les observations.

Mais si nous ne pouvons nous expliquer l'origine du développement des fibromes intra-ligamentaires, l'anatomie nous permet de comprendre la direction que suivent ces tumeurs, leur développement pelvien. Nous avons vu, en étudiant la structure du ligament large, le tissu celluleux qui constitue l'aponévrose ombilico-pelvienne de Petit, tracer la voie aux corps fibreux insérés sur les bords latéraux de l'utérus, tandis que le péritoine

qui tapisse les faces antérieure et postérieure offre lui, au contraire, une adhérence intime avec cet organe. Dans le premier le fibrome latéral n'a qu'à suivre la trame celluleuse de la cavité pelvienne décollant la séreuse péritonéale; dans le second cas, le fibrome antérieur ou postérieur soulève une étendue restreinte de péritoine qu'il distend sans décoller le péritoine environnant.

Quelle est la fréquence des fibromes inclus par rapport aux autres myomes de l'utérus? Il est très difficile de l'établir; car l'inclusion, même lorsqu'elle existe, lorsqu'on la soupçonne à la lecture d'une observation, fort souvent n'est pas signalée. Dans la thèse de Guyon, nous trouvons, sur 140 cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, signalée une fois l'inclusion; mais à côté de cela il existe trois fibromes développés au niveau des trompes de Fallope et cinq à l'union du corps et du col. Plus d'un de ces huit fibromes était certainement inclus.

D'après Sims, dans sa « Chirurgie utérine », sur 119 cas il existe trois tumeurs fibreuses développées aux dépens du bord latéral gauche et huit aux dépens du bord droit.

La proportion de Sims, 11 sur 119 ou 10 p. 100 environ, est à peu près celle que nous avons obtenue d'après les statistiques publiées par M. le professeur Terrier et d'après l'étude personnelle des observations des services de MM. les professeurs Boursier et Demons.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS CLINIQUES

Avant d'entrer dans l'étude clinique et thérapeutique des fibromes inclus, il nous a paru intéressant de rapporter les observations qui constituent la base de notre travail.

Il nous fallait classer ces observations suivant un ordre déterminé; nous avons adopté le suivant. En premier lieu nous avons rapporté l'histoire des malades chez qui on a pratiqué des interventions rares — et peu recommandables — opérations palliatives et opérations par la voie vaginale.

Ensuite nous avons relaté les cas d'intervention par l'abdomen : myomectomie, hystérectomie supra-vaginale et enfin hystérectomie totale.

Observation I

Sigmund Gottschalk (Berlin), *Annales de Gynécol. et Obst. de Paris*, 1898, 2, XLIX, p. 370.

Un cas de fibrome intra-ligamentaire traité par la ligature des artères. Insuccès.

31 ans. Reçue le 1er juillet 1895. Toujours régulièrement menstruée ; la dernière fois, la semaine précédente, cinq jours, abondamment, sans douleurs ; un enfant mort, deux enfants vivants ; dernier accou-

chement par le siège, le 28 juillet 1894, dirigé par moi. Depuis octobre, crises d'hypochondrie.

Utérus augmenté de volume, principalement dans son diamètre transverse ; l'augmentation de volume étant surtout produite par un myôme du volume d'un petit poing, siégeant au niveau du côté droit de l'organe et développé dans le ligament large. Cavité utérine, 10 centim. 1/2. Jusqu'au 3 septembre, traitement par l'électrolyse qui n'amena aucune réduction de la tumeur, mais qui fit disparaître les crises d'hypochondrie. Menstruation, comme auparavant, abondante. Le 4 avril, *abrasion de la muqueuse utérine et ligature vaginale des utérines* (opération typique). Guérison régulière.

Du 27 novembre au 1er décembre : Menstruation, pas abondante ; dans les premiers jours, quelques douleurs dorsales ; constipation ; encore un peu de nervosisme, tumeur plus petite ; cavité utérine, 9 centim. 1/4.

3 mai 1896 : Menstruation régulière, non abondante, *myôme, plus petite cavité utérine,* 8 centim. 1/2. Constipation, état d'angoisse périodique, accès de mélancolie. A une brève interrogation, la malade répondit, le 5 février 1898, que les troubles nerveux et digestifs persistaient et que la tumeur, d'après les renseignements fournis par un autre examen, paraissait être de nouveau en voie d'accroissement. Dans ce cas le résultat, relativement à l'arrêt du développement de la tumeur, n'aurait été que temporaire.

Observation II

Dans thèse de Ch. Perrot.

Fibrome intra-ligamentaire. Énucléation par la voie vaginale.

Marie B..., 44 ans, domestique. Entrée à l'hôpital le 3 mai 1899, sortie le 15 mai 1899.

A eu dix enfants. Sept sont encore vivants et bien portants.

A été opérée en 1891 pour un fibrome saillant dans le vagin à droite et facilement enlevé par énucléation vaginale.

Première menstruation à 14 ans. Les règles ont été régulières

comme fréquence et comme abondance jusqu'au mois de février dernier, il y a quatre mois.

Hémorrhagies très marquées depuis cette époque. Hydrorrhée peu abondante dans l'intervalle des règles.

La malade ressent quelques douleurs dans l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite. Elles ont débuté il y a quatre mois. Les selles sont un peu douloureuses, mais il n'y a pas de constipation.

Pas de troubles de la digestion ni de la sécrétion.

Au toucher, on constate que le col de l'utérus est rejeté à gauche. Une tumeur occupe le cul-de-sac vaginal droit ; elle a le volume d'un œuf et semble s'être développée aux dépens de la lèvre droite du col.

Elle est plus perceptible encore par le toucher rectal.

Le 5 mai, M. le professeur Laroyenne opère la malade.

Après incision de la paroi vaginale, la tumeur est énucléée facilement.

La loge de la tumeur est bourrée avec de la gaze iodoformée.

Les suites sont simples. La malade sort guérie le 15 mai 1899.

Observation III (personnelle).

Fibrome mou inclus. Myomectomie.

M... J.., 42 ans, cigarière, à Tonneins (Lot-et Garonne), entre le 17 décembre 1900 dans le service de M. le professeur Demons.

Antécédents héréditaires : Rien de particulier.

Antécédents personnels : Rougeole dans son enfance.

Réglée à 12 ans. Depuis, très régulièrement, jusqu'à ces dernières années.

Une première grossesse à 19 ans. Accouchement normal. Suites bonnes.

Une deuxième grossesse à 24 ans. Accouchement plus long, plus difficile. Déchirure du périnée. La malade reste plusieurs mois au lit.

Un troisième accouchement normal à 32 ans.

Depuis plusieurs années, ses règles sont devenues plus abondantes. La malade a eu à diverses reprises des métrorrhagies, jamais de pertes blanches.

Il y a un an, elle constatait, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur du volume du poing et douloureuse à la palpation. Cette tumeur a grossi très rapidement, déterminant des douleurs très vives dans la région lombaire, l'abdomen et la face antérieure de la cuisse gauche. On lui conseille le port d'une ceinture.

La malade a maigri, son appétit a diminué. Elle est très constipée, a des envies très fréquentes d'uriner, mais jamais d'enflure des membres inférieurs. La présence de cette tumeur qui augmente de volume très rapidement, lui donne de vives inquiétudes.

La malade entre à l'hôpital pour se faire enlever sa tumeur abdominale.

Etat actuel. — Malade pâle, amaigrie.

Au niveau de l'abdomen, on trouve une tumeur lisse occupant la fosse iliaque et le flanc gauche ; elle est abdomino-pelvienne.

La paroi abdominale, souple, ne présente rien d'anormal ; elle est mobile sur la tumeur.

Celle-ci, dont on délimite aisément les contours, sauf au niveau de son pôle inférieur, revêt la forme d'un ovoïde à grand axe dirigé de bas en haut et de dedans en dehors. Son pôle supérieur est dans l'hypochondre gauche. Cette tumeur paraît, sinon fluctuante, du moins rénitente dans toute son étendue. Elle est assez mobile dans le sens transversal, nullement de bas en haut. Au toucher, le col déjeté à gauche est légèrement remonté. Le corps est repoussé à droite. Dans le cul-de-sac vaginal gauche on trouve une voussure de consistance molle.

Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale se transmettent difficilement au col.

L'hystérométrie donne 7 centim. 1/2.

Pendant son séjour, la malade a eu de la rétention d'urine qui a duré 4 ou 5 jours et n'a cessé que la veille de l'opération.

Le diagnostic reste hésitant entre kyste de l'ovaire et fibrome mou de l'utérus.

Opération le 2 janvier 1901. Laparatomie sous-ombilicale. On trouve une tumeur lisse, rosée, accolée à l'utérus et incluse dans le ligament large gauche. L'utérus ne paraît pas augmenté de volume ; à la palpation, il présente une consistance normale. Nulle part d'induration

dans le tissu utérin. Les ovaires sont sains. Les annexes du côté gauche sont accolées à la face antérieure de la tumeur. M. le professeur Demons incise le feuillet antérieur, puis le feuillet postérieur du ligament large. La tumeur décortiquée apparaît rattachée au bord latéral gauche de l'utérus par un pédicule de la largeur du petit doigt.

Une pince est mise à la base du pédicule qui est ensuite lié et sectionné La plaie utérine est refermée. Les ovaires sont laissés en place.

Une partie du péritoine du ligament large a été enlevée avec la tumeur; c'est celle qui recouvrait son pôle supérieur. M. le professeur Demons, estimant qu'il reste encore une trop grande étendue de lambeaux péritonéaux, résèque une partie de la collerette postérieure afin de diminuer les surfaces cruentées. Un surjet au catgut permet de suturer le feuillet antérieur et le feuillet postérieur du ligament large gauche qui est ainsi reconstitué.

La paroi abdominale est ensuite refermée par une suture à trois étages. Pas de drainage.

Le 3 et le 4 : Vomissements bilieux. Pouls entre 100 et 110.

Le 5 : Quelques rares hoquets. Glace sur le ventre. Lavement glycériné.

Le 6 : Légère purgation. Le pouls est à 60, plus de hoquet ni de vomissements.

Le 9 : Facies très bon. La malade mange avec appétit.

Le 22 : La malade commence à se lever.

Le 30 : Elle part guérie.

L'examen histologique de la tumeur montre qu'il s'agit d'un fibromyome œdémateux avec quelques îlots de tissu muqueux pauvre en cellules.

Observation IV

Pasteau, dans *Presse médicale*, 15 mai 1901, n. 39.

Fibrome inclus. Myomectomie. Guérison.

Cette tumeur, du poids de 11 livres, a été enlevée chez une femme de 39 ans; elle était pédiculée sur la partie latérale droite de la portion sus-vaginale du col. L'uretère était dévié, croisait la face posté-

rieure de la tumeur, puis s'insinuait sous le pédicule de la tumeur pour aller gagner la vessie. Après la décortication du fibrome, sur une longueur de 10 à 12 centimètres, l'uretère se trouvait accolé à la poche flottante constituée par le péritoine. En même temps que le fibrome existait un kyste dermoïde suppuré de l'ovaire droit, qui a été enlevé. L'utérus a été laissé en place ; les suites opératoires ont été simples.

Observation V

Coplin Stinson. In *Medical News*, 1er octobre 1898.

Malade de 35 ans. Tumeur de la grosseur d'un œuf du côté droit dans la cavité pelvienne.

Opération. Fibrome intraligamenteux de la corne utérine droite avec déplacement de la trompe. Des adhérences fixaient l'ovaire à la tumeur. Cette dernière fut énucléée avec précaution ; quelques petits kystes faisant saillie furent vidés.

La malade est actuellement guérie.

Observation VI (inédite).

Service de M. le professeur Pozzi.

Fibrome pédiculé de l'utérus inclus dans le ligament large droit. Myomectomie. Drainage de la cavité intra-ligamentaire.

Ch., 32 ans. Salle Guérin, lit 8.

Depuis huit ans souffre dans le côté droit au moment de ses règles. Depuis quatre ans, douleurs continuelles, avec crises très douloureuses revenant tous les quinze jours. La malade ne pouvait bouger du lit sans avoir envie d'uriner.

Règles normales comme durée et comme quantité. A signaler des pertes blanches, il y a quatre ans, qui n'ont pas duré longtemps.

A subi deux laparotomies dans le service de Schwartz, la première il y a dix-huit mois (extirpation d'un fibrome du ligament large droit par l'interne du service), la seconde il y a huit mois (extirpation des annexes droites par M. Schwartz).

Le 12 février 1901, examen sous chloroforme. Au toucher, on trouve une tumeur mamelonnée à droite et en avant de l'utérus donnant la sensation d'un fibrome pédiculé du bord latéral droit. A gauche, on sent une masse moins dure.

Laparotomie. Dissection de l'ancienne cicatrice, large, difforme.

On trouve à droite, dans le ligament large, un fibrome faisant saillie sur le côté de l'utérus. Le cul-de-sac vésico-utérin est soulevé. A gauche existe un hydro-salpinx du volume d'un œuf de pigeon ; l'ovaire est criblé de petits kystes, il présente à sa surface des adhérences.

Une sonde est mise dans la vessie pour s'assurer de la situation de cet organe.

Incision transversale du péritoine au devant de la tumeur fibreuse. Enucléation du fibrome qui est rattaché à l'utérus par un pédicule vasculaire très grêle. Section du pédicule. Extirpation de l'hydro-salpinx gauche. La cavité des ligaments larges pourrait contenir le poing. Elle ne saigne pas. On bourre avec une mèche de gaze iodoformée ressortant par la partie inférieure de la plaie abdominale. Suture du péritoine pelvien et fermeture de l'abdomen.

La tumeur enlevée pèse 74 grammes. Elle est très vasculaire, creusée de sillons profonds qui lui donnent l'aspect d'un rein cirrhotique.

La malade part guérie le 5 mars 1901.

Observation VII

Dans thèse de Ch. Perrot.

Marie G..., 35 ans, dévideuse. Entrée à l'hôpital de la Charité, le 11 janvier 1900. Sortie le 1er mars 1900.

Réglée à 14 ans, mariée à 20 ans. Jamais d'enfants. Elle a toujours eu régulièrement ses époques jusqu'au mois de mars 1899. A ce moment, elle eut un retard de trois semaines ; depuis cette date, les menstrues ont été chaque fois plus abondantes et chaque fois leur durée est de quinze jours. En même temps, troubles digestifs caractérisés surtout par l'inappétence, les digestions très lentes et une constipation prononcée.

A l'inspection, on constate que le ventre est augmenté de volume.

Au palper, on sent une tumeur solide remontant presque à l'ombilic, et assez largement étalée dans le sens transversal.

Au toucher, on constate que l'utérus hypertrophié est refoulé en avant, mais les masses dures que formait la tumeur et qui plongent dans l'excavation en arrière de l'utérus sont évidemment en connexion avec cet organe et mobiles avec lui.

On fait le diagnostic de fibrome utérin interstitiel et la forme peu régulière des tumeurs fait songer à des fibromes multiples.

Le 15 janvier 1900, M. Auguste Pollosson pratique la laparotomie. On constate une tumeur fibromateuse dont l'ensemble correspond au volume d'une grossesse de quatre mois plus étendue dans le sens transversal que dans le sens vertical. Les ligaments larges sont distendus à droite et à gauche par le développement intra-ligamentaire des masses fibromateuses.

On se proprose de faire une hystérectomie totale et d'amener tout d'abord la tumeur au-dehors. Mais les efforts pratiqués pour amener la tumeur hors de l'abdomen ne donnent aucun résultat; celle-ci reste fixée par les ligaments larges étalés qui résistent. Les tractions exercées au moyen du tire bouchon ne mobilisent la tumeur que d'une façon insignifiante et ne permettent nullement de l'attirer au-dehors.

M. Pollosson pratique alors une incision verticale un peu à gauche de la ligne médiane et directement sur une masse fibreuse que l'on perçoit nettement. Une couche de tissu utérin d'un centimètre environ étant traversée, on tombe dans un plan de clivage qui permet la décortication et l'énucléation d'une masse fibromateuse du volume d'une tête de fœtus à terme développée à gauche de l'utérus et distendant le ligament large gauche.

A ce moment on fait de nouvelles tentatives pour amener l'utérus au-dehors. Mais les efforts sont vains : l'utérus ne se mobilise pas en raison de la résistance du ligament large droit On sent à droite de la première masse énucléée un second fibrome développé dans la base de la portion juxta-utérine du ligament large droit. En agissant par la première cavité résultant de l'ablation du premier fibrome, on incise une nouvelle couche de tissu utérin qui permet d'arriver sur la péri-

phérie du second fibrome, qui est énucléé comme le premier. Son volume est encore comparable à celui d'une tête de fœtus à terme.

L'utérus, légèrement hypertrophié, se trouve alors mobilisé. On peut l'amener hors de l'abdomen et il serait dès lors possible de compléter l'opération par une hystérectomie. Mais dans cet utérus on ne constate, à l'exploration, la présence d'aucun autre fibrome. Les ovaires et les trompes sont d'une intégrité parfaite et, en raison de ces constatations, en raison surtout de l'âge de la malade, M. Pollosson se décide à conserver l'utérus et ses annexes.

L'opération est alors terminée de la façon suivante :

1° Une mèche de gaze iodoformée est placée dans la double cavité résultant de la décortication des fibromes ;

2° Une broche traversant complètement la paroi abdominale dans la partie inférieure de l'incision traversant en même temps l'utérus, fixe cet organe en avant contre la paroi abdominale.

3° La section utérine nécessitée par l'énucléation des fibromes est suturée à la partie inférieure du péritoine pariétal. La cavité de décortication tamponnée par la mèche de gaze iodoformée est ainsi rendue extra-péritonéale.

4° Une compresse de gaze aseptique est placée en arrière de l'utérus et plonge dans le cul-de-sac postérieur. Cette compression a pour but d'assurer le drainage et de séparer l'utérus d'avec les anses intestinales, à la manière d'un tamponnement à la Mickuliez.

5° La partie supérieure de l'incision abdominale est suturée en trois plans de façon à réduire sa longueur et à ne laisser une ouverture que dans la partie inférieure qui correspond à la cavité d'énucléation drainée.

Le 18 janvier, la mèche est enlevée.

Le 25 janvier, on retire la compresse qui a été glissée en arrière de l'utérus.

Le 29 janvier, la broche qui fixe l'utérus est retirée.

La plaie a été pansée avec de la poudre de tannin d'abord, puis avec du salol.

La température a oscillé, pendant la première semaine, autour de 39°, puis est redescendue à 38° et 39° pendant la seconde semaine pour retomber à la normale à partir de ce moment. Mais à aucun moment

il n'y a eu de réaction péritonéale ; aucun symptôme grave d'infection.

20 février : A l'heure actuelle, la malade va très bien, ne souffre d'aucune des douleurs qu'elle éprouvait auparavant. Ses digestions sont améliorées, la constipation a disparu.

La plaie abdominale est cicatrisée, sauf à la partie inférieure dans une zone large comme une pièce de 5 francs et qui est recouverte de bourgeons charnus.

Par le toucher, on constate que l'excavation est complètement libre et que l'utérus se trouve fixé en avant contre la paroi abdominale, comme à la suite d'une hystéropexie.

Observation VIII

Dans thèse de Lassalle.

Fibro-myome pédiculé de l'utérus inclus dans le ligament large. Enucléation. Capitonnage et ligature du ligament large. Guérison.

Marie J..., 33 ans, bien constituée, de santé générale toujours bonne. Accouchement normal à 24 ans. Pas d'autre grossesse. Depuis deux ans, pesanteur douloureuse dans le bassin avec irradiation dans le membre inférieur gauche. Règles normales, pas de flueurs blanches.

7 juin 1888 : M. Tédenat trouve sur le côté gauche de l'utérus une tumeur du volume des deux poings, dure, peu mobile, qui paraît tout à fait indépendante de l'utérus. Celui-ci a son volume et sa position ordinaires. M. Tédenat diagnostique tumeur de l'ovaire gauche.

11 juin : Opération. Pas d'ascite, la tumeur paraît d'emblée incluse dans le ligament large. Ne pouvant la pédiculiser, M. Tédenat incise la capsule ligamenteuse à la partie supérieure de la tumeur. Il décolle les lèvres de l'incision, après avoir placé une longue pince verticalement sur le bord adhérent du ligament large.

Décortication assez facile, peu d'hémorrhagie (4 pinces). Capitonnage du ligament large avec ligature circulaire au niveau de l'incision.

26 juin : Réunion immédiate, sans autres accidents que quelques vomissements le lendemain de l'opération. La tumeur était un fibromyome du poids de 1.100 grammes, rattachée au côté gauche de l'utérus par un pédicule du volume du doigt et long de 4 centimètres. Ligature simple du pédicule qui fut réduit dans l'espace intra ligamenteux.

Observation IX

Dans thèse de Lassalle. Richelot, *Bulletin de la Société de chirurgie,* 1890.

Amélie B..., 27 ans, a un ventre énorme, sans fluctuation, rempli par une tumeur dure et uniforme. On sent, au niveau de l'ombilic, un lobule distinct et mobile.

Par le toucher vaginal, impossible d'atteindre le col utérin. L'excavation paraît vide. Cette masse n'a grossi que depuis six mois. A cette époque, on ne trouvait qu'une petite tumeur dans le côté droit du ventre.

Les règles ont diminué. Les jambes sont un peu enflées avec des dilatations veineuses. La malade a maigri, mais elle n'offre aucun trouble de l'intestin, des poumons, des reins ou du cœur.

Opération le 10 juin 1889.

L'utérus, petit et d'aspect normal, remonte jusqu'à l'ombilic, soulevé par la grosse tumeur. C'est lui qu'on sentait sous la peau ; il adhère au fibrome par sa face postérieure et son bord droit. Les annexes droites sont collées à la face antérieure du fibrome ; celles de gauche sont libres, d'où il suit que la tumeur est incluse dans le ligament large du côté droit. J'ouvre au bistouri cette loge fibreuse et j'énuclée peu à peu cette lourde masse, qui n'a pas de pédicule dans le petit bassin et qui finit par sortir du ventre, toujours liée à la face postérieure de l'utérus.

Je peux former un pédicule très simple aux dépens du col. Je prends celui-ci dans une forte pince et j'enlève le fibrome ; après quoi j'ai un moignon de petit diamètre, et, à sa droite, une loge profonde, extra-péritonéale, fermée par le dédoublement du ligament large. Trois fils de soie plate, en chaîne, assurent l'hémostase de la section utérine. Puis je commence la suture à étages de la

paroi. Chemin faisant, je fixe les bords de la loge à la plaie abdominale et j'y place un drain. Je fixe en même temps le pédicule utérin à la lèvre gauche de cette plaie.

Observation X

Dans thèse de Ch. Perrot. Pozzi, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1889.

Énorme corps fibreux de l'utérus intra-ligamentaire. Décortication. Hystérectomie supra-vaginale. Plaie étendue de la vessie suturée complètement.

Énorme fibrome du poids de quinze livres que la malade portait depuis dix ans. Des phénomènes de compression en ont commandé l'ablation qui a offert quelques particularités intéressantes. Elle a présenté une certaine difficulté en raison de l'inclusion de ce fibrome dans le ligament large, de ses adhérences à l'S iliaque et à la vessie, de la difficulté que l'on a eue à la décortiquer et à constituer un pédicule avec le corps utérin.

Durant ces manœuvres, la vessie, très allongée, a été déchirée dans une étendue de 12 centimètres. La plaie a été réparée par une double suture, en surjet, au catgut. Suites bénignes. Pas d'écoulement d'urine par la plaie.

Observation XI

Service de M. le professeur Terrier, *Revue de chirurgie*, 10 décembre 1899, p. 626.

Mme P.., 50 ans, sans profession.

Diagnostic : On croit à un kyste ovarique à contenu demi-solide, peut-être un *fibrome*. Peu d'accidents, sauf la gêne produite par le volume de la tumeur.

Opération le 27 juillet 1898, à la Maison de santé. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Fibrome développé dans le ligament large droit et très volumineux.

Suites opératoires : D'abord très simples ; au huitième jour, production d'une hématocèle en arrière du col utérin, avec accidents septi-

ques. Il est incisé et drainé par le vagin, le douzième jour après l'opération. Dès lors, guérison rapide.

Sort le 19 septembre 1898.

Depuis, état général et local parfaits. Une fistulette du cul-de-sac postérieur, entretenue par des fils à ligature, a fini par se guérir ; les fils étaient tombés seuls.

Observation XII

Service de M. le professeur Terrier, *Revue de chirurgie*, 10 décembre 1899, p. 643.

Fibrome utérin et du ligament large droit.

Mme N. Tam..., de Tiflis.

Antécédents. — Mme T... fut opérée à Vienne par le Dr Braun, en 1896 : laparotomie, hystérectomie partielle, ablation des annexes. Cette opération fut suivie, au quatorzième jour, d'une phlegmatia alba dolens à gauche, et Mme T..., retournant à Tiflis, fut très malade en route et eut une métrorragie.

Pendant l'année qui suivit l'opération, douleurs dans les reins et le sacrum ; accès fébriles ; les médecins constatent de l'inflammation péri-utérine.

En 1897, le Dr Chrobak (de Vienne) reconnut un fibrome et des exsudats péri-utérins, surtout à gauche, du côté de la phlébite post-opératoire. Pertes blanches. Ce diagnostic fut en partie vérifié à Paris.

Opération le 6 juin 1899, à la Maison de santé. On fait la laparotomie et on enlève un fibrome du ligament large droit et du corps de l'utérus (*Hystérectomie abdominale sus-vaginale*). Drainage.

Suites opératoires : Sortie le 29 juin 1899. Depuis la malade s'est constamment améliorée et va bien.

Observation XIII

Service de M. le professeur Terrier, *Revue de chirurgie*, 10 décembre 1899, p. 647.

Tumeur fibreuse de l'utérus. Sac déshabité de hernie crurale gauche.

Mlle L..., 37 ans, professeur.

Antécédents. — Malade depuis huit ans. C'est à cette date que se

développe aussi la hernie crurale gauche. Pas de pertes, règles peu abondantes, mais très douloureuses, et durant cinq jours. Douleurs dans la jambe gauche, dues soit à la hernie, soit plutôt à un lobe de la tumeur fibreuse, inclus dans le ligament large de ce côté.

Opération le 17 juillet 1899, à la Maison de Santé.

Hystérectomie abdominale sus-vaginale. — Pendant l'opération, ouverture accidentelle de la vessie, celle-ci étant attirée à gauche par la hernie crurale. Suture à la soie fine sur une étendue de deux ou trois centimètres.

Cure radicale de la hernie crurale gauche et enlèvement du sac herniaire déshabité.

Suites opératoires nulles. L'opérée sort le 19 août 1899. Son état était excellent.

Observation XIV

Service de M. le professeur Terrier, *Revue de Chirurgie,* 10 décembre 1899, p. 648.

Fibromes multiples, inclus dans le ligament large droit.

Constance D..., femme A..., 48 ans, couturière, entre à l'hôpital Bichat le 30 juin 1899.

Antécédents. — Depuis un an, douleurs vagues dans la fosse iliaque droite, irradiant vers la région lombaire.

Depuis deux mois, douleurs plus vives et tumeur très douloureuse de la grosseur d'une bille de billard ; pas de métrorragies. Réglée régulièrement ; pas de grossesse.

Etat actuel, le 14 juillet 1899. — A la palpation, masse globuleuse dans l'hypocondre gauche, qui est l'utérus hypertrophié ; à droite, masse dure, très résistante, occupant toute la fosse iliaque droite et due à un fibrome.

Opération le 25 juillet 1899. — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.*

Incision sus et sous-ombilicale ; fibrome pédiculé, du volume du poing, inséré sur le fond de l'utérus.

Dans le ligament large droit, plusieurs fibromes du volume du poing, difficiles à énucléer. Ablation de l'utérus et des annexes. Drainage ; durée de l'opération : 1 heure 20 minutes.

Poids des fibromes : 450 grammes.

Suites opératoires. — Mort le cinquième jour, 30 juillet 1899 ; pendant 4 jours, température normale. Puis, accidents brusques de péritonite septique.

Autopsie. — Par M. Gosset, interne du service. Gaz dans la cavité péritonéale ; distension des intestins, liquide fétide et purulent dans le petit bassin. L'S iliaque est perforée sur sa partie antérieure, probablement au niveau d'un des points de suture qui avaient servi à recouvrir l'intestin dénudé pendant l'opération ; cette suture était en surjet.

Observation XV

Service de M. le Dr Dubourg (1).

Volumineux fibrome de l'utérus inclus dans les deux ligaments larges. Hystérectomie abdominale sub-totale. Guérison.

B... (Marceline), cuisinière, 34 ans. Entre salle 1, le 15 novembre 1899.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 46 ans (?). Mère vit encore. Quatre frères et trois sœurs en bonne santé. Un frère mort à 12 ans de méningite. Une sœur morte à deux ans de coqueluche.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans, régulièrement, sans douleur. Les règles duraient trois jours; abondance normale. Pas de pertes blanches.

Mariée en avril dernier. Pas d'enfants ni de fausse couche.

Etat général très bon jusqu'à ces derniers temps, à part quelques migraines.

Histoire de la maladie. — C'est en octobre 1898 que la malade a constaté, sans autre phénomène particulier, que son ventre grossissait du côté gauche. A partir de ce moment, la tumeur, indolore, a augmenté peu à peu de volume, peut-être d'une façon plus active au moment de ses règles.

Celles-ci au début de la maladie ont continué à être normales comme durée et comme quantité jusqu'en janvier dernier. A ce moment il y

(1) Due à l'obligeance de mon camarade Brun, interne du service de M. le Dr Dubourg.

a eu un retard de quinze jours, puis les menstrues sont revenues régulières, mais peut être un peu plus abondantes. Pas de métrorragies. Depuis deux mois, il y a quelques pertes blanches.

Au mois de juin, la malade a été prise de vomissements survenant immédiatement après les repas et revenant assez fréquemment, accompagnés de céphalée très forte. Pas de diarrhée. Ces vomissements ont duré avec des périodes d'amélioration jusqu'à la fin septembre. La malade a eu un seul vomissement dans le courant d'octobre.

A la fin d'octobre a eu une phlébite de la jambe droite. A partir de ce moment elle a commencé à souffrir du ventre, surtout du côté droit. La douleur à ce niveau est continue avec petites crises survenant sous l'influence de certains mouvements.

Etat actuel. — Malade amaigrie, sans appétit et sans force.

Mictions plus fréquentes depuis un mois environ. Pas de rétention ni d'incontinence. Rien dans les urines.

Constipation habituelle.

Cœur normal; varices surtout développées à droite du côté où il y a eu phlébite. De ce côté-là, augmentation manifeste de volume du membre.

Jambe droite, 37 cm. — Jambe gauche, 34 cm.
Cuisse droite, 49 cm. — Cuisse gauche, 42 cm. 1/2.

Examen physique: Tumeur abdominale paraît bilobée, échancrure médiane. Le lobe gauche de la tumeur remonte jusqu'aux fausses côtes, le lobe droit un peu moins haut. La tumeur est dure, très peu mobile, irrégulière par places, douloureuse au palper, à droite surtout. Par la palpation abdominale on sent les annexes très augmentées de volume.

Toucher vaginal : Col impossible à atteindre.

Dans le cul-de-sac latéral droit, tumeur dure à laquelle sont transmis les mouvements communiqués à la tumeur abdominale.

Cul de-sac gauche un peu moins comblé.

On sent également la tumeur en arrière et à droite.

Opération le 22 novembre. Hystérectomie abdominale sub-totale. Volumineux fibrome inclus des deux côtés dans les ligaments larges.

Pas d'adhérences.

Drainage abdominal.

Mèche de gaze salolée dans le vagin.

Suites bonnes; un peu de pus dans la paroi.

La malade part guérie le 20 décembre 1899.

Observation XVI

Verdelet et Bouvier

Fibrome de l'utérus. Hystérotomie supra-vaginale. Broncho-pneumonie. Cellulite pelvienne. Guérison.

L..., 36 ans, entre à l'hôpital le 2 mars 1900, dans le service de M. le professeur Demons, pour une tumeur abdominale.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Ses antécédents personnels n'offrent pas grand'chose d'intéressant.

Pas de grossesse, ni de fausses couches.

Règles normales jusqu'à l'âge de trente-quatre ans. Depuis cette époque, disparition absolue des règles. En même temps, la malade a vu son ventre se développer d'une façon uniforme, sans douleur et sans aucun retentissement sur la santé générale.

Inquiétée par l'augmentation progressive de sa tumeur, la malade vient à l'hôpital.

Elle présente les apparences d'une bonne santé.

La cavité abdominale est occupée par une tumeur arrondie, au-dessus de laquelle on peut mouvoir la paroi de l'abdomen. Cette tumeur, assez mobile, s'étend jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic; elle est plus rénitente que fluctuante. A la percussion, elle est mate. Les fosses iliaques, sonores, ne contiennent pas de liquide.

Au toucher, on constate que les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent au col. Dans les culs-de-sac antérieur et latéral gauche, on sent la tumeur.

L'hystérométrie est impossible.

Le diagnostic reste hésitant entre kyste de l'ovaire et fibrome avec aménorrhée.

Opération le 4 mars 1900. Intervention par M. le professeur

Demons. Hystérectomie abdominale supra vaginale pour volumineux fibromes inclus dans les deux ligaments larges. A signaler au cours de l'opération : la difficulté d'attirer au dehors la tumeur malgré l'absence de toute adhérence, la nécessité de prolonger la collerette antérieure sur les feuillets antérieurs du ligament large, tant à droite qu'à gauche, afin de pouvoir attirer la masse fibreuse hors de la loge péritonéale qui la contenait.

L'opération est terminée facilement. Cautérisation de la cavité utérine au thermocautère. Suture du péritoine au-dessus du col. Les annexes sont laissées en place. Pas de drainage abdominal.

La tumeur enlevée pèse 1.950 grammes.

Les suites opératoires sont d'abord assez simples, mais vers le 15 mars, la malade commence à souffrir, est abattue, présente de la fièvre (39°6) et tous les symptômes d'une broncho-pneumonie siégeant du côté droit. Deux jours après, on constate sur la paroi abdominale une saillie avec fluctuation superficielle. Le toucher vaginal permet également de rencontrer dans le cul-de-sac droit une masse fluctuante. Cette région, douloureuse au toucher, l'est aussi spontanément (sensation de brûlure).

Enlevant un point de suture, M. le professeur Demons donne issue à du pus et la tuméfaction du flanc droit s'affaisse.

Dans les jours suivants, régression des phénomènes pulmonaires, mais persistance d'une fistule abdominale donnant issue à du pus. Le cul-de sac droit reste tendu et douloureux malgré des injections antiseptiques et chaudes répétées deux fois par jour.

12 avril : Etat général bon. L'empâtement a bien diminué, mais il reste un trajet fistuleux. La malade quitte l'hôpital.

Elle a été revue depuis à diverses reprises, et ce n'est qu'au mois de septembre 1900 que nous avons pu constater sa guérison complète.

Observation XVII (personnelle).

Volumineux fibrome inclus. Hystérectomie abdominale totale. Cellulite.

Mme F..., 48 ans (Maison de santé de M. le professeur Demons).

Antécédents héréditaires : Père vivant. Mère morte de hernie étranglée.

Antécédents personnels : Rougeole dans son enfance, jaunisse à 14 ans.

Réglée à 11 ans, depuis très régulièrement jusqu'au mois d'avril 1888.

Un accouchement à 24 ans. Accidents péritonéaux consécutifs. Un mois de séjour au lit.

Il y a douze ans, en 1888, la malade a eu une forte hémorrhagie au moment de ses règles. Un médecin consulté constate dans la fosse iliaque droite la présence d'un fibrome.

Il y a douze ans, après sa première hémorrhagie, la malade a subi un traitement électrique pendant quelques mois. Les hémorrhagies et les douleurs avaient considérablement diminué.

Depuis dix ans, malgré une saison à Salies tous les ans, la tumeur a augmenté considérablement de volume, les règles sont restées très abondantes et très douloureuses. Environ tous les ans, la malade avait des poussées péritonéales qui l'obligeaient à garder le lit pendant trois semaines, quelquefois un mois. En 1900, la malade a eu, à quatre reprises, des inflammations péritonéales.

La tumeur a considérablement augmenté depuis trois ans. Elle occupe actuellement tout l'abdomen.

Mictions fréquentes, constipation opiniâtre, une phlébite en août 1900 ; depuis la malade n'a pu se lever. Un peu d'essoufflement. Pas de troubles digestifs.

Entre à la maison de santé le 28 mars 1901, femme fatiguée, amaigrie, souffrant du ventre, obligée d'user constamment de morphine pour calmer ses douleurs. Rien au cœur ni dans les urines.

Volumineuse tumeur enclavée dans le petit bassin et remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A droite, on sent également une volumineuse tumeur qui se sépare mal de la première et remonte au niveau du foie. Toutes ces masses présentent une consistance dure, ligneuse qui, jointe aux autres signes accusés par la malade, font porter le diagnostic de fibrome, au moins pour la portion médiane. L'absence de mobilité, la fixation dans le petit bassin (toucher vaginal) laissent supposer que peut-être le fibrome serait inclus dans les ligaments larges ; mais cependant l'hypothèse la plus probable est qu'il est immobilisé par des adhérences consécutives aux nombreuses péritonites accusées par la malade.

Opération le 1er avril 1901.

Position de Trendelenburg. Laparotomie. Volumineuse tumeur formée de masses fibreuses multiples accolées les unes aux autres occupant la plus grande partie de l'abdomen. Il est impossible d'attirer ce fibrome hors de l'abdomen ; quelques adhérences intestinales sont détachées ; la tumeur reste quand même immobilisée. Il est facile de constater qu'elle est incluse dans les ligaments larges, et particulièrement dans celui du côté droit, formant cette tumeur latérale déjà signalée à l'examen physique. Incision du feuillet péritonéal, décortication des masses fibromateuses. Hystérectomie abdominale totale (procédé Richelot). Les annexes sont enlevées.

Résection d'une partie des feuillets ligamenteux. Fermeture du péritoine pelvien. Le vagin est laissé ouvert. Suture de la paroi abdominale.

A signaler dans les suites opératoires l'existence d'une cellulite pelvienne, développée surtout dans la portion restante du ligament large droit.

Une broncho-pneunomie, survenue quelques semaines après l'opération, a rétrocédé rapidement.

La malade est en bonne voie de guérison. Les mictions sont beaucoup moins fréquentes. La constipation a disparu.

Observation XVIII

Service de M. le professeur Boursier.

Fibrome de l'utérus inclus. Hystérectomie abdominale totale. Plaie de la vessie. Suture immédiate. Guérison.

A. G..., 40 ans.

Antécédents héréditaires. — Sans importance.

Antécédents personnels. — Une grossesse à 19 ans.

A 33 ans, douleur dans fosse iliaque gauche, augmentation des règles en quantité et en durée.

A 36 ans, brusquement rétention d'urine ; depuis cette époque, sensation de poids dans le bas-ventre, mictions fréquentes et difficiles. A la même époque, son ventre commença à grossir.

Six mois après, œdème des membres inférieurs qui dura un an. Elle consulte M. le professeur Boursier qui la soumet à un traitement électrique confié à M. le professeur Bergonié. Pendant deux hivers (1897 et 1898), tous les 8 jours, on pratique une séance d'électrolyse de 10 minutes. L'œdème des jambes disparut, mais ni le volume de la tumeur, ni l'abondance des règles ne furent modifiés.

Pendant l'hiver 1898-99, métrorrhagies et leucorrhée.

21 mai 1900 : la malade entre dans le service de M. le professeur Boursier. Elle se plaint de douleurs dans la fosse iliaque, surtout au moment des règles, d'hémorrhagies continuelles, d'hydrorrhée, de leucorrhée, de dysurie avec pollakiurie, de constipation et d'un léger œdème des membres inférieurs.

Examen physique. — Ventre globuleux. Tumeur de consistance ferme, dure par endroits et remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde, lisse et indolore. Matité absolue au-devant de la tumeur qui est très peu mobile.

Au toucher, le vagin est très distendu, rempli par une masse dure en continuité avec la tumeur abdominale.

Le col est remonté ; on peut à peine le sentir.

L'hystérométrie est impossible.

25 mai : Opération. Volumineuse tumeur, développée dans les deux ligaments larges. Les annexes entraînées sont accolées au pôle supérieur, aplaties contre la tumeur.

Section des pédicules annexiels.

On taille une collerette péritonéale antérieure et postérieure. La tumeur décortiquée est soulevée à l'aide du tire-bouchon, puis de l'appareil de Reverdin.

On s'aperçoit alors que la vessie a été ouverte. On continue rapidement l'extraction de la tumeur, le vagin est sectionné, son hémostase est faite à l'aide de pinces.

Examen de la plaie vésicale : Le dôme de la vessie est resté accolé à la face antérieure de la tumeur, il y a une déchirure assez considérable. Le doigt promené dans la vessie montre que les uretères et la région du trigone sont intacts.

On fait :

1° Suture muco-muqueuse au catgut ;

2° Suture du muscle vésical au catgut.

La vessie est bien fermée. On s'occupe de la reconstitution du plancher péritonéal pelvien, laissant deux pertuis pour l'écoulement des liquides dans le vagin. Mickulicz abdominal. Suture à 3 plans de la paroi de l'abdomen. Sonde à demeure, laisse écouler de l'urine.

Pendant l'opération, sérum de Hayem et caféïne en injections hypodermiques.

Le soir même, la malade émet environ 300 cc. d'une urine rougeâtre, louche et présentant nettement la teinte du sang.

Désormais les quantités d'urine seront marquées chaque jour sur une courbe spéciale (annexée à l'observation).

24 mai : La malade est bien ; pouls un peu rapide à 120 ; langue toujours humide ; elle ne souffre pas ; le facies est un peu moins décoloré qu'hier.

On lui fait dans la journée 1.500 grammes de sérum.

25 mai : On enlève le Mickulicz ; il sort un peu de sérosité sanguinolente ; on remplace le Mickulicz par un drain n° 8.

La malade va bien ; elle ne se plaint pas du tout de son ventre. On lui fait de nouveau 1.500 grammes de sérum.

26 mai : On change le drainage vaginal, après avoir fait un lavage très léger à l'eau boriquée.

Pouls toujours un peu rapide, mais bon, 1 500 grammes de sérum.

27 mai : Même état ; 1.500 grammes de sérum.

28 mai : On change à nouveau la mèche vaginale ; il s'écoule par le vagin quelques glaires légèrement sanguinolentes ; 1.500 grammes de sérum.

29 mai : La malade va très bien ; son ventre est souple et la pression ne détermine aucune douleur. Le pouls est bon.

On fait à la malade 500 grammes de sérum de Hayem.

30 mai : Même état ; 500 grammes de sérum ; on change la mèche vaginale.

1er juin : On raccourcit le drain abdominal. La malade se plaint un peu de sa vessie ; les urines qu'elle émet par sa sonde à demeure sont louches, elles contiennent un sédiment abondant, elle a un peu de cystite ; on fait un lavage vésical, très doux, avec de l'eau boriquée. Depuis on répète ce lavage tous les jours.

2 juin : La malade souffre un peu de sa vessie. On lui fait un petit lavage intra-vésical et on change la mèche vaginale.

Dans l'après-midi, elle enlève elle-même sa sonde à demeure qui la gêne. La nuit du 2 au 3 juin elle urine seule.

3 juin : On fait de nouveau 500 grammes de sérum ; la malade urine seule sans sonde pendant toute la journée. Mais dans la nuit du 3 au 4, elle cesse d'uriner seule, on est obligé de la sonder. Depuis lors, il a toujours fallu la sonder. On raccourcit de nouveau le drain qui n'a plus désormais que 2 ou 3 centimètres.

6 juin : On enlève les points de suture. La malade va très bien.

7 juin : On enlève complètement le drain abdominal. On fait encore un petit pansement humide.

8 juin : Pansement sec. La paroi abdominale est tout à fait consolidée. On enlève la mèche vaginale que l'on ne remplace pas.

Depuis on lui fait des injections vaginales bi-quotidiennes.

Donc la malade a eu en tout 11 litres de sérum de Hayem sous la peau.

20 juin : La malade guérie quitte l'hôpital munie d'une ceinture hypogastrique.

Observation XIX

Service de M. le professeur Boursier.

Fibro-myome utérin. Hystérectomie abdominale totale.

Jeanne F..., femme P..., 41 ans, sans profession.

Pas d'antécédents héréditaires.

Bien réglée.

Une seule grossesse à vingt-et-un ans.

A part cela, rien de génital.

Il y a deux ans et demi, elle voit ses règles augmenter de quantité et de durée (huit et dix jours).

Entre ses règles, elle ne perdait jamais de sang.

Quelques mois après, elle remarque dans sa fosse iliaque gauche une tumeur du volume d'un gros œuf, depuis lors la tumeur se développe peu à peu, gagnant sur la ligne médiane.

Il y a trois mois environ, première apparition d'hydrorrhée, à la suite d'une fatigue; depuis, l'hydrorrhée s'est reproduite une fois.

Le 29 juillet 1900, l'état général est bon.

Examen physique : A l'inspection, le ventre présente une voussure qui est plus marquée à gauche qu'à droite. Pas de traces de vergetures ni de dystrophie cutanée. La vulve est normalement conformée et le périnée en bon état.

Au palper, on sent une masse médiane, dure, élastique et peu mobile. Le pôle supérieur de cette masse remonte jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic et le pôle inférieur plonge dans l'excavation pelvienne. Cette masse paraît régulière ; à gauche, cependant, on semble percevoir une petite bosselure. Sa grosseur semble être celle d'une tête d'enfant. Elle n'est pas adhérente à la peau et glisse facilement sous elle. Quant aux mouvements, les verticaux sont pour ainsi dire imperceptibles et les transversaux sont eux-mêmes peu sensibles, mais existent cependant. Cette palpation se fait facilement et ne réveille aucune douleur bien nette, si ce n'est à gauche où la malade accuse une certaine sensibilité.

A la percussion, on trouve de la matité dans toute l'étendue de la tumeur.

Au toucher, on sent un col de volume moyen, à forme régulière avec un orifice transversal. Pas de trace d'ectropion. Le col est surmonté par une masse considérable, que l'on perçoit nettement dans le cul-de-sac antérieur et qui est bien la partie inférieure de la masse dénotée par la palpation abdominale.

Les mouvements transversaux imprimés à la tumeur se transmettent nettement au col. Quant aux mouvements verticaux, très faibles d'ailleurs, ils semblent se transmettre aussi. Réciproquement, les mouvements imprimés au col se transmettent à la tumeur.

Au spéculum, on trouve un col de volume normal, avec un orifice petit.

Pas d'ectropion. A droite et en haut, on voit un petit point noir qui doit être l'orifice d'un kyste glandulaire. Quelques glaires muco-purulentes sortent de ce col.

L'hystérométrie est impossible. L'hystéromètre ne pénètre que dans l'isthme, est très douloureux et ramène quelques gouttes de sang.

Le 31 juillet, sous chloroforme, après avoir lavé soigneusement la paroi abdominale de la malade, laparotomie médiane sous-ombilicale ; après avoir incisé le péritoine, on se trouve en présence d'une tumeur volumineuse (à peu près de la grosseur de la tête d'un enfant) de consistance dure et ferme qui fait corps avec l'utérus.

On soulève cette masse avec le tire-bouchon que l'on fait pénétrer dans son épaisseur. Cette masse s'étend un peu plus du côté gauche où elle est enclavée dans le ligament large du même côté.

On procède alors à l'hystérectomie, suivant les procédés ordinaires, en commençant par tailler la collerette postérieure.

La décortication se fait assez facilement.

On enlève les annexes droite et gauche qui sont kystiques.

On laisse le vagin ouvert. Drainage vaginal. Drainage abdominal. Mickulicz.

Suture de la paroi (3 étages). Pansement à demeure.

Une fois dans le lit, on fait à la malade 500 grammes de sérum.

Le soir, la malade va bien ; elle a eu quelques vomissements chloroformiques ; son pouls est bon, bien frappé, régulier, mais, par précaution, nouvelle injection de sérum de 500 grammes.

Le 1er août : La malade va bien. Le facies est bon, la langue humide, pouls à 90°, ventre pas douloureux, 500 grammes de sérum.

Le 2 août : On enlève le Mickulicz abdominal, la mèche est assez difficile à enlever, mais enfin on arrive à la sortir toute entière. Issue d'une certaine quantité d'un liquide rougeâtre sans fétidité. On remplace la mèche par un drain abdominal n° 8. Pansement sec. Le pouls est bon, le ventre n'est pas ballonné. 500 grammes de sérum.

Le 3 août : On remplace le Mickulicz vaginal par une mèche iodoformée, après avoir fait un lavage vaginal léger entre les valves. Bon état. Depuis lors, la malade va de mieux en mieux. On raccourcit peu à peu le drain abdominal. Pansements abdominaux.

Le 12 août : On enlève les points, tout va bien.

Le 14 août : Abcès de la paroi, que l'on draine, et que depuis on lave tous les matins avec une solution de cyanure d'hydrargyre étendue.

L'abcès guérit bientôt et la paroi abdominale va très bien.

Pendant deux ou trois jours, sa cicatrice vaginale suppure un peu

et les injections que l'on donne à la malade ressortent mélangées d'un peu de pus; d'ailleurs cette suppuration ne dure pas plus de deux ou trois jours.

A noter : un peu de cystite, que l'on traite en donnant à la malade de l'eau de Fonfrède, quelques capsules de térébenthine et de la poudre des voyageurs.

Le 3 septembre : La malade quitte l'hôpital tout à fait bien.

Observation XX (personnelle).

Fibrome utérin inclus dans ligament large gauche. Troubles de la miction. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

Emma V..., 38 ans. Entre dans le service de M. le professeur Demons le 19 novembre 1900 (dames payantes).

Antécédents héréditaires. — Père mort à 33 ans de la fièvre typhoïde. Mère en bonne santé. Une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Rougeole à 12 ans.

Dans son enfance, épistaxis fréquentes.

Jamais de maladies sérieuses.

Réglée à 13 ans; depuis tous les mois régulièrement et sans douleur. Jamais augmentation de ses règles Pas de métrorrhagies. Pas de pertes blanches.

Depuis dix ans elle éprouve par intervalles des douleurs dans la région lombaire, avec irradiation dans le bas-ventre. Mais ces douleurs n'ont jamais augmenté ni d'intensité ni de fréquence. Elles consistent dans une sensation de poids, de tiraillements. Par contre, depuis dix ans, notre malade ressent des troubles urinaires qui vont sans cesse en augmentant. Au début, c'était de la dysurie, puis de la pollakiurie et maintenant elle a parfois de la rétention d'urine complète.

La malade est très constipée; elle se plaint d'hémorrhoïdes depuis plusieurs mois.

Elle n'a pas maigri. L'appétit est bon mais le sommeil est troublé par des envies fréquentes d'uriner.

La malade a constaté, il y a quelque temps, que son ventre « deve-

nait dur », mais elle a consulté son médecin principalement pour des troubles de la miction.

Etat actuel. — A son entrée dans le service, elle présente dans la partie inférieure de l'abdomen une tumeur dure développée dans le sens transversal et occupant surtout la fosse iliaque gauche. Cette tumeur remonte à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Peu douloureuse, elle est également très peu mobile. Sa consistance est celle d'un fibrome.

Au toucher, on trouve un col légèrement remonté.

Le cul-de-sac latéral droit est un peu effacé. Dans le cul-de-sac latéral gauche, ainsi que dans une certaine étendue des culs-de-sac antérieur et postérieur, on sent une masse dure, de consistance analogue à celle de la tumeur abdominale.

Par le toucher combiné à la palpation abdominale, on constate que les mouvements imprimés à la tumeur de l'abdomen se transmettent intégralement au col utérin.

L'hystérométrie donne 7 cent. 1/2.

Rien d'anormal dans les urines (ni sucre, ni albumine). Le cathétérisme permet de constater que la vessie est allongée, aplatie contre la paroi abdominale.

Rien au cœur ni aux poumons.

Signalons un peu d'enflure du membre inférieur gauche.

La consistance de la tumeur, ses connexions avec l'utérus, son développement font porter le diagnostic de fibrome utérin. Son peu de mobilité, son siège latéral dans la fosse iliaque gauche, les troubles de compression qu'elle détermine, surtout du côté de la vessie, font soupçonner à M. le professeur Demons la possibilité d'une inclusion dans le ligament large.

Opération le 28 novembre 1900.

Laparotomie. — On trouve un utérus repoussé à droite et flanqué sur son bord gauche d'une vaste tumeur fibreuse, sessile, portant sur sa face antérieure la trompe et l'ovaire du côté correspondant. Il est impossible d'amener cette tumeur hors de la cavité abdominale.

Le cul-de-sac vésico-utérin est en partie effacé.

M. le professeur Demons confirme son hypothèse de fibrome de l'utérus inclus dans le ligament large. Il constate immédiatement

qu'il existe au-devant du fibrome un feuillet péritonéal qu'il est aisé de faire glisser à la surface de la tumeur. C'est le feuillet antérieur du ligament large gauche. Une incision est faite transversalement entre le ligament rond et la trompe du côté malade. La tumeur est facilement énucléée M. le professeur Demons pratique ensuite l'hystérectomie abdominale totale, suivant la méthode de Richelot. L'ovaire droit, d'apparence saine, est laissé en place. Reconstitution du péritoine pelvien. Le vagin n'est pas suturé. Suture à trois étages de la paroi abdominale antérieure. Une mèche de gaze salolée est mise dans le vagin.

Utérus et fibrome pèsent 850 grammes. La cavité utérine est peu agrandie (8 cent.). La tumeur est insérée sur le bord latéral du corps et de l'isthme de l'utérus. L'ovaire gauche présente à sa surface un certain nombre de kystes; il est induré, ratatiné par endroits. La trompe gauche, dure, sclérosée, est très difficilement perméable.

Suites excellentes. La malade a toujours uriné seule.

Le 7 décembre, les crins sont enlevés

Le 10, il existe un peu d'inflammation au niveau d'un point de suture, mais pas d'élévation thermique. Tout cesse au bout de quarante-huit heures.

La malade quitte l'hôpital le 21 décembre. Elle est guérie. Pas la moindre douleur.

Les mictions restent encore un peu fréquentes, mais beaucoup moins que par le passé.

Observation XXI

Texier. In *Journal médecine de Bordeaux*, 19 juillet 1896.

Service de M. le professeur Boursier.

Fibrome-utérin calcifié, inclus dans le ligament large droit.

Mme T..., 43 ans, cultivatrice, entre le 12 juin 1896 à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le professeur Boursier, salle 1.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires.

Elle même a été réglée à l'âge de 12 ans, régulièrement, avec

quelques pertes blanches dans l'intervalle. Mariée à 18 ans, elle accoucha un an plus tard d'un enfant vivant et à terme. Pendant 5 à 6 mois après cet accouchement, la malade, qui était très nerveuse, eut un tremblement continuel qui disparut complètement. Retour des règles un mois après l'accouchement, mais, peu après, retard de 19 jours, suivi d'une hémorrhagie abondante qui dura près de deux semaines, s'accompagnant de douleurs violentes dans le bas-ventre, les reins et la jambe droite. Depuis lors, la malade a continué à éprouver des douleurs dans le bas-ventre, d'intensité variable, tantôt très vives et nécessitant le repos au lit, tantôt insignifiantes. Les règles sont irrégulières ; elles deviennent très abondantes et plus fréquentes deux ou trois fois par mois, entremêlées d'hémorrhagies de très longue durée ; une entre autres a eu une durée de cinq mois, pendant laquelle la malade a gardé le repos au lit.

Il existe, en outre, des pertes blanches très abondantes. Pendant cette longue période, la malade a été traitée par du repos au lit, des injections vaginales, des cautérisations pratiquées sur le col et de nombreux vésicatoires appliqués sur le bas-ventre et sur les flancs ; il y a onze ans, la malade avait alors 32 ans, que le médecin a annoncé à cette femme qu'elle avait une tumeur de la matrice, mais pour laquelle il jugea une intervention inutile. A ce moment là, troubles de la miction consistant en dysurie et miction douloureuse.

Trois ans après cette constatation, la malade, à 35 ans, devint enceinte ; la grossesse évolua à peu près normalement et il n'y a à signaler pendant le cours de cette dernière que deux hémorrhagies ; la première, à trois mois et demi, de peu de durée, mais très abondante ; la seconde a duré pendant les quinze derniers jours. L'accouchement s'est fait à terme, spontanément, sans accidents. Retour des règles deux mois après l'accouchement. La malade s'est trouvée notablement améliorée par cette grossesse ; les douleurs ont diminué d'intensité, les règles se sont régularisées ; elles ne reviennent que tous les mois et les hémorrhagies inter-menstruelles sont rares ; pertes blanches beaucoup moins abondantes. Notons en passant qu'à l'âge de 28 ans, la malade a eu une fièvre typhoïde avec rechute, dont la durée totale a été de près de trois mois.

La malade se trouvait ainsi améliorée, quand, à la fin de mars der-

nier, les phénomènes douloureux ont repris avec une nouvelle intensité ; la malade a ressenti de violentes douleurs dans le côté droit du bas-ventre avec irradiations dans les reins et surtout la cuisse et la hanche du même côté ; les pertes blanches sont peu abondantes, les menstruations sont retardées et ne paraissent que tous les quarante jours; dans l'intervalle, il y a un suintement sanguinolent peu marqué, mais presque continu. Les mictions sont fréquentes, pénibles et nécessitent un certain effort de la part de la femme; elle raconte que parfois il lui arrive de rester un ou deux jours sans uriner et qu'elle rend ensuite une grande quantité d'urine tout d'un coup.

Constipation opiniâtre, difficilement guérie par les lavements.

L'état général de la malade est resté bon malgré les pertes sanguines considérables qu'elles a subies ; elle est robuste et présente un notable embonpoint. Elle est, de plus, nerveuse ; outre des troubles digestifs divers, elle souffre de fréquents maux de tête et surtout elle a eu des attaques de nerfs avec perte de connaissance et des crises d'asthme bien caractérisées.

Rien à l'inspection de l'abdomen ; à la palpation, on sent la paroi abdominale épaisse, et, derrière elle, une tumeur arrondie, dure, située sur la ligne médiane et remontant à environ quatre travers de doigt au-dessus du pubis. La percussion donne une zone de matité sur toute l'étendue de la tumeur. La pression est douloureuse dans la région des annexes droites. Très légère déchirure périnéale ; au toucher, on trouve le col repoussé vers la gauche, il est de volume moyen, de consistance normale, son orifice est petit, sur son côté droit se trouve une tumeur sur les caractères de laquelle nous allons revenir. Au dessus du col, on ne sent pas nettement le corps, qui semble plonger dans le col.

Rien dans les culs-de-sac postérieur et gauche ; mais, à droite et en avant, on sent une tumeur remplissant la moitié droite du petit bassin. Sa consistance est extrêmement dure, ligneuse, surtout dans sa partie antérieure ; la pression y est sensible, surtout dans la zone externe. Elle est presque complètement immobilisée ; les quelques faibles mouvements qu'on lui imprime sont douloureux et se communiquent à la tumeur sentie par la palpation à travers la paroi abdominale. Elle semble accolée ou ne faire partie que de la super-

ficie de la paroi gauche de l'utérus, car, en s'aidant de l'hystéromètre introduit dans la cavité, on découvre celui-ci appliqué sur la partie gauche de la tumeur dont il se distingue par une différence nette de consistance et sur laquelle il semble pouvoir être mobilisé. L'application du spéculum est douloureuse. On aperçoit le col normal, déjeté vers la gauche ; par son orifice se fait un léger suintement sanguin. Hystérométrie facile, non douloureuse, sept centimètres et demi, ramène un peu de sang.

Huit jours après son entrée à l'hôpital, la malade est examinée de nouveau. Les caractères ont peu changé : la partie perçue dans le cul-de-sac antérieur a conservé à peu près sa dureté, mais la partie externe est moins ligneuse et franchement rénitente. L'examen est un peu moins sensible et il y a un léger degré de mobilité qu'on n'avait pas observé la première fois.

Les urines sont normales : elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

En présence de tous ces symptômes, M. le professeur Boursier pense à un fibrome utérin et décide de pratiquer l'hystérectomie le 26 juin 1896. La cavité péritonéale ouverte, on tombe sur une tumeur remplissant le petit bassin, surtout à droite. Sur son côté gauche se trouvent l'utérus et les annexes saines ; les annexes droites sont situées sur le sommet de la tumeur, leurs vaisseaux sont nombreux et très volumineux. La main qui explore la tumeur passe assez facilement à gauche entre elle et les parois du bassin, mais à droite, il n'y a pas d'espace suffisant pour laisser passer les doigts. On mobilise un peu la tumeur et on reconnaît que sa fixité est due à une inclusion dans le ligament large droit. On enlève les annexes saisies entre deux pinces ; on essaie des tractions sur la tumeur qui ne vient pas. Avec un doigt introduit dans le vagin, on la repousse en haut, alors le ligament large se déchire à sa partie supérieure et la tumeur s'énuclée presque toute seule. Un lien élastique est appliqué sur le pédicule. A peine le bistouri a-t-il pénétré dans la tumeur qu'il rencontre la coque calcifiée qu'il doit contourner sans pouvoir l'entamer. Les annexes sont cautérisées et liées. On fait sur le moignon utérin une ligature en chaîne ; mais, comme on n'a pu la serrer assez fortement, on fait par dessus un surjet musculaire réunissant

les deux tranches de la section utérine. Par dessus, on fait un surjet péritonéal séro-séreux et recouvrant les pédicules des annexes, les ligaments larges et le moignon utérin. Cela fait, la paroi abdominale est refermée par quatre plans de suture : trois surjets au catgut pour le péritoine, les muscles et le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, enfin, des points superficiels aux crins de Florence. Durée totale de l'opération : deux heures trois quarts.

Suites excellentes.

La malade part guérie le 30 juillet 1900.

Observation XXII

Boursier et Binaud, In *Revue gyn. obst. et pæd. de Bordeaux*, 1899, t. I, p. 89.

Volumineux fibrome de l'utérus inclus dans le ligament large, avec relèvement du cul-de-sac antérieur du péritoine jusqu'au voisinage de l'ombilic. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

Mme G..., qui en était atteinte, est une femme de 34 ans, nullipare, forte, bien constituée et paraissant jouir d'une forte santé.

Elle n'a jamais fait aucune maladie sérieuse ; elle s'était aperçue, depuis un an ou deux à peine, qu'elle avait dans la partie inférieure et droite du bas-ventre une petite masse mobile, absolument indolente, qui n'avait jamais causé aucun accident.

Au mois de novembre 1898, au voisinage de son époque de règles, elle éprouva brusquement quelques troubles urinaires ; les envies d'uriner devinrent fréquentes et impérieuses ; les mictions un peu difficiles et pénibles. Devant la persistance de ces symptômes, Mme G... fit appeler son médecin qui fut extrêmement surpris de constater chez elle la présence d'un énorme fibrome, dont le bord supérieur dépassait notablement l'ombilic, sans s'être révélé par aucun signe fonctionnel important.

C'est à peine si la malade, soigneusement interrogée, pouvait signaler une augmentation appréciable de ses hémorrhagies cataméniales, depuis les six ou sept derniers mois. Elle n'avait jamais eu ni douleurs, ni hydrorrhée, ni leucorrhée importante, ni hémorragies utérines intercalaires.

C'est dans ces conditions que notre confrère amena la malade à l'un de nous, vers la fin du mois de novembre.

A ce moment, la tumeur présentait les caractères suivants : Le ventre était distendu par une volumineuse tumeur, dure, irrégulièrement arrondie et bosselée, faisant, en avant, une saillie considérable, occupant toute la portion sous ombilicale de l'abdomen et nettement plus accusée à droite de la ligne médiane.

Cette tumeur, mate dans toute son étendue, dépassait l'ombilic de trois travers de doigts environ à sa partie supérieure ; inférieurement sa masse s'enfonçait profondément dans le bassin. Aussi était-elle peu mobile dans le sens transversal et à peu près fixe dans le sens vertical. La palpation abdominale attentive ne révélait aucun épanchement ascitique.

Au toucher, le doigt introduit dans le vagin avait quelque peine à rencontrer le col, qui était petit, comme doit l'être celui d'une nullipare, et était situé en haut et à gauche. Le cul-de-sac de Douglas était absolument rempli par un volumineux lobe de la tumeur qui formait une masse arrondie profondément enclavée dans le bassin.

Les mouvements imprimés à la portion abdominale de la tumeur se transmettent intégralement au col et réciproquement. La situation et la déviation particulière du col utérin rendaient le cathétérisme impossible.

Le cathétérisme vésical démontrait, par la position imprimée à la sonde, que la vessie était refoulée en avant et considérablement élevée.

En présence de ces symptômes physiques, et malgré l'absence de signes fonctionnels importants, nous avons porté le diagnostic ferme de fibrome de l'utérus.

Nous n'avons pas hésité à proposer à la malade l'ablation de sa tumeur, trouvant des indications suffisantes dans son volume et surtout dans l'apparition des troubles urinaires signalés plus haut.

En outre, l'analyse des urines, ayant révélé la présence de légères traces d'albumine sans autres signes d'altération du rein, nous a confirmés dans l'idée de pratiquer une opération hâtive, afin de prévenir le développement possible de lésions plus sérieuses.

L'opération a eu lieu le 20 décembre 1898. En pratiquant l'incision

médiane de la laparotomie, étendue du pubis à l'ombilic, nous arrivons, après avoir sectionné la ligne blanche, dans une couche épaisse de tissu graisseux, jaunâtre, au sein de laquelle nous cherchons en vain le feuillet pariétal du péritoine. Nous nous sommes alors portés vers la partie supérieure de l'incision et sommes arrivés, à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic, dans une cavité séreuse, nettement fermée par en bas, et que nous avons prise tout d'abord pour un sac herniaire méconnu. Mais en prolongeant l'incision au-dessus de l'ombilic, nous nous sommes aperçus que nous étions en présence du cul-de-sac inférieur du péritoine refoulé jusque-là par la tumeur sous-jacente. Pour découvrir celle ci, nous avons prolongé l'incision médiane jusqu'au voisinage de l'appendice xyphoïde. La tumeur est alors apparue largement découverte. En essayant de l'amener hors du ventre, nous avons constaté qu'elle était fortement fixée et presque immobilisée par l'un des feuillets du ligament large dans l'épaisseur duquel elle était incluse.

La décortication de ce feuillet a été très laborieuse, car le plan de clivage changeait pour chacune des bosselures de la tumeur et sa dissection a entraîné l'ouverture de deux ou trois lacis veineux assez volumineux. Cependant, grâce à l'emploi du tire-bouchon et à la ligature préalable des pédicules tubo-ovariens, nous avons pu réussir à énucléer la tumeur; mais nous ne sommes parvenus à l'attirer complètement hors de l'abdomen qu'après avoir dégagé péniblement le volumineux lobe inférieur qui plongeait dans la cavité de Douglas.

Cherchant alors l'utérus pour en terminer l'ablation, nous nous sommes aperçus qu'il se perdait dans la masse de la tumeur et que son segment inférieur, allongé et aminci, émergeait de la partie centrale du fibrome. Par suite de cette disposition, nous ne pouvions aborder le col, ni par le cul-de-sac postérieur à cause du lobe inférieur déjà signalé, ni par le cul-de-sac antérieur à cause du volume même de la tumeur; nous nous sommes décidés alors à sectionner le col au-dessus d'une grosse pince à pédicule qui l'étreignait fortement. Ainsi débarrassés du fibrome, nous avons pu facilement disséquer le moignon utérin, désinserrer le vagin et lier l'une après l'autre les deux artères utérines.

Après avoir assuré l'hémostase, nous nous sommes bornés, pour

terminer l'opération, à suturer entre elles les deux collerettes péritonéales formant ainsi la cavité séreuse ; mais nous avons tenu à assurer le drainage des parties sous péritonéales, en laissant complètement ouvert le conduit vaginal, dans l'intérieur duquel a été placée une mèche de gaze.

Au cours de l'opération, nous n'avons pas cru devoir disséquer la vessie, complètement dépouillée à l'avance de son revêtement péritonéal par suite de l'élévation inusitée du cul-de-sac inférieur. L'abdomen est fermé par une suture à trois étages.

La malade est rapportée dans son lit avec une sonde de Nélaton dans la vessie.

Les suites opératoires ont été des plus simples ; les sutures ont été enlevées le quinzième jour ; la plaie était réunie par première intention.

La malade put rentrer chez elle complètement guérie le 17 janvier.

Observation XXIII

Gary, Soc. de Méd. et de Chir. pratiques de Montpellier. Séance du 21 décembre 1892.

Fibro-myome de l'utérus, du poids de 4.700 grammes, avec portion incluse dans le ligament large, déterminant des accidents de compression du côté de la vessie et du rectum. Hystérectomie abdominale pénible mais sans accidents. Traitement externe du pédicule.

Mme B..., 45 ans. Accouchement normal à 25 ans.

A 40 ans, pesanteur au bas-ventre et dans les lombes.

Règles régulières.

A 43 ans, troubles digestifs : nausées, vomissements, constipation opiniâtre. En même temps pollakiurie avec rétention d'urine complète à plusieurs reprises.

Les troubles digestifs et urinaires vont en augmentant. Le 9 décembre, Tédenat constate une tumeur qui remplit toute la région hypogastrique et plonge dans le petit bassin. Au toucher, il est impossible d'atteindre le col de l'utérus. Le fond du vagin est rempli par une masse arrondie, dure. Cette masse fait une forte saillie dans le rectum.

Le 15 : Opération. Décortication.

La tumeur tient par un gros pédicule à toute la face postérieure de l'utérus ainsi qu'à sa face latérale droite. Guérison.

Observation XXIV

H. Duret, dans *Semaine gynécologique*, 1er janvier 1901.

Tumeur polyfibromateuse, incluse sous le péritoine pelvien. Ablation. Exclusion sous-séreuse du pelvis. Guérison.

G... (Mathilde), 61 ans, servante. Réglée à 15 ans, non mariée, n'a jamais eu d'enfants. Elle a subi, il y a 5 ans, l'ablation d'un fibro-adénome du sein.

Elle a, depuis plusieurs années, des règles très abondantes, qui durent huit jours, pendant lesquels, dans les derniers temps, elle a dû garder le lit. Elle souffre de douleurs lombaires habituelles et de constipation.

Une tumeur, dure, soulève la paroi abdominale, dans la moitié inférieure ; elle est bosselée, offrant des saillies qui varient du volume d'un œuf de poule à celui du poing. Elle peut être légèrement déplacée de droite à gauche et de bas en haut, mais avec douleur. Elle s'étend du nombril au pubis et mesure verticalement 20 centimètres et horizontalement 18 centimètres.

Par le toucher vaginal, on trouve le col très en arrière ; un gros lobe sphéroïdal de la tumeur soulève le cul-de-sac latéral droit ; tout le segment inférieur de l'utérus est très hypertrophié. En résumé, par le toucher bi-manuel, on reconnaît qu'il s'agit d'un utérus allant de l'ombilic au-dessous du pubis, distendu par plusieurs fibromes. La cavité utérine mesure 12 centimètres.

Opération le 23 juin 1898. Le ventre ouvert, on voit que la tumeur est sous le péritoine et qu'on ne peut procéder à une opération classique. En arrière l'S iliaque et le rectum sont accolés à la tumeur et remontent jusqu'à son sommet. On commence par les dégager, en coupant le feuillet péritonéal à une petite distance d'eux et en décollant avec les doigts. On reconnaît que le fibrome plonge, presque tout entier, dans le bassin, sous la sérense, et y est enclavé ; on ne sait où est la vessie.

A gauche, on sectionne la partie supérieure du ligament large ; on le décolle en plongeant la main, et on attire la masse fibreuse. Alors un lobe se dégage de dessous le pubis et la vessie ; on suit son bord gauche en coupant près de lui les tractus fibreux ; profondément on rencontre l'artère utérine, qu'on lie. Puis on pénètre latéralement dans le vagin, qu'on désinsère de ce côté On remonte ensuite de bas en haut le long du bord droit de la masse fibreuse ; l'artère utérine de ce côté est saisie et liée, et on achève la section du ligament large correspondant. La masse polyfibreuse enlevée, on se trouve en présence *d'une vaste cavité celluleuse, correspondant à tout le pelvis.* Pour la couvrir, on ramène de chaque côté le péritoine des flancs, des fosses iliaques et de la paroi et on le suture au catgut, d'un côté à l'autre. Il en résulte un plan séreux, correspondant au détroit supérieur et fermant la cavité abdominale par en bas ; au-dessous de lui se trouvent *la vessie et le rectum dénudés de leur séreuse ;* on a laissé le vagin ouvert. On fait alors par ce conduit un bourrage à la gaze iodoformée, de toute la cavité pelvienne. Drain dans la cavité abdominale et sutures de la paroi.

La tumeur enlevée pèse 1.680 grammes. Elle consiste en une dizaine de masses fibreuses, du volume d'une pomme à celui des deux poings, occupant surtout le fond, la face postérieure et le segment inférieur de l'utérus, considérablement hypertrophié. La hauteur totale du néoplasme est de 23 centimètres : la cavité utérine mesure 14 centimètres. Presque toute la masse était incluse sous le péritoine, plongeant dans le tissu cellullaire du bassin ; c'est à peine si 7 ou 8 centimètres restaient dans la cavité séreuse.

Les suites opératoires ont été d'abord assez pénibles : on dut faire plusieurs fois des injections de sérum artificiel. Cependant la guérison fut obtenue définitivement.

Observation XXV

H. Duret, dans *Semaine gynécologique*, 1er janv. 1901.

Gros fibrome abdominal et pelvien (5 kil. 500). Totalement inclus sous le péritoine. Ablation avec large résection de la séreuse et hystérectomie totale. Exclusion sous-séreuse du pelvis et des organes contenus. Guérison.

Laure M..., 31 ans, célibataire, a été réglée à 12 ans. Depuis, l'époque menstruelle a toujours été régulière. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Il y a un an qu'elle s'est aperçue que son ventre grossissait Aucune modification dans les règles ; pas de gêne de la miction. Depuis quelques semaines, un peu de douleur dans le flanc droit. Tout le ventre est soulevé par une énorme tumeur remontant jusque dans la région épigastrique et soulevant les hypochondres. Au palper, la tumeur est élastique ; elle forme deux gros lobes saillants qui soulèvent le flanc droit et le gauche. Par le toucher vaginal, on trouve que le vagin est refoulé à gauche et très oblique ; on n'en atteint pas la limite. Une grosse tumeur, dure, du volume des deux poings, en soulève la partie droite : elle paraît distincte de la tumeur abdominale. Le rectum est aussi considérablement dévié à gauche.

L'opération a eu lieu le 31 janvier 1898. Incision d'abord dans toute la région sous-ombilicale ; on tombe sur un fibrome mou, comme œdémateux, qui occupe toute la cavité abdominale et *est totalement sous-péritonéal*. En haut, il remonte jusque sous les hypochondres. Il a amené autour de lui, pour s'en envelopper, *tout le péritoine pariétal de la face postérieure de l'abdomen et des flancs, et, en partie, le péritoine des replis mésentériques ;* car le rectum et l'S iliaque d'un côté, le cœcum de l'autre, sont couchés et aplatis sur elle, à sa partie postérieure.

En avant, la vessie n'est pas distincte ; car l'enveloppe séreuse de la tumeur se continue directement avec le péritoine pariétal : en arrière, il est impossible de pénétrer dans la cavité pelvienne qui est comblée.

Le cul-de-sac de Douglas n'existe plus. Le bassin est rempli par

deux fibromes du volume d'une tête de fœtus à terme; on ne sait où est l'utérus; mais on voit les annexes gauches, en écharpe, sur la masse pelvienne.

Sur la face antérieure du gros fibrome abdominal, on fait, sur le péritoine qui la recouvre, une incision transversale, à mi-chemin de sa hauteur, à un niveau où l'on ne peut soupçonner l'existence de la vessie et de l'uretère; on décolle, de *haut en bas,* la membrané séreuse, et, bientôt, on en entraîne avec elle un repli musculo-membraneux qui paraît être la vessie aplatie. Vers l'angle gauche de cette incision péritonéale, on aperçoit des plexus veineux énormément dilatés, répondant aux annexes gauches; on les coupe, entre les deux pinces-clamp. C'est alors que l'on juge nécessaire de continuer l'incision péritonéale, sur la face postérieure de la tumeur, de manière à entourer celle-ci d'une section séreuse tout à fait circulaire. Cela fait, on décortique aussi, de haut en bas, le péritoine, qui est en arrière de la partie inférieure de la tumeur; on pénètre jusque dans la cavité pelvienne sous le promontoire, et renversant fortement la masse néoplasique sur le pubis, on la dégage avec les doigts de son lit cellulaire pelvien et on la porte, tout entière, en avant.

Bientôt, elle ne tient plus que par une lame celluleuse, dans laquelle est compris le col utérin très allongé, qui lui forme pédicule. On sectionne transversalement le col, et le néoplasme est enlevé. Chemin faisant, on avait dégagé l'S iliaque et le rectum. On s'occupe alors de dégager le col; on ouvre le vagin et on le désinsère. Puis sur les côtés, alternativement, on coupe de bas en haut la base des ligaments larges : on pince et on lie les artères utérines.

Après l'ablation du col et de la tumeur, la cavité abdominale se présente sous l'aspect suivant : en avant, la vessie *dépouillée totalement de feuillet péritonéal;* au milieu, la cavité pelvienne, tout entière, sans trace de séreuse; en arrière, la *colonne lombaire est aussi privée de séreuse, jusqu'à sa partie moyenne*, suivant une surface triangulaire, dont la base se continue avec la cavité pelvienne. — On arrive alors à diminuer cet énorme espace celluleux exposé de la manière suivante. Après avoir fait soigneusement l'hémostase, en détail, de tous les vaisseaux, placé 12 à 15 ligatures; après une toi-

lette soignée et fermeture du vagin avec un long fil de catgut, on fait une suture continue du péritoine abdomino-pelvien, commençant au sommet du triangle lombaire et en rapprochant successivement les côtés, jusqu'au niveau de l'orifice supérieur du bassin. Arrivé là, on est obligé d'emprunter le péritoine pariétal qui vient s'étendre, comme un voile, au-dessus du détroit supérieur.

Il forme là un plan séreux terminus de la cavité abdominale : on y place un drain. Au-dessous de ce plan péritonéal existe la cavité pelvienne, dépouillée de séreuse : elle contient le rectum, la vessie, le moignon du vagin suturé, et les débris membraneux des enveloppes de la tumeur. Dans cet espace sous-péritonéal, on place un gros drain, qui ressort au-dessus du pubis ; puis on ferme la paroi abdominale selon la méthode ordinaire. — La cavité abdominale et la cavité pelvienne se trouvent ainsi séparées, et le voile péritonéal qui les limite s'étend horizontalement de la partie inférieure de la paroi au promontoire.

La tumeur enlevée est un énorme fibrome du poids de 5 kilog. 350 dont la hauteur est de 30 centimètres et la largeur de 27 centimètres. Au-dessous est un second fibrome, du volume des deux poings, qui entoure l'utérus, dont la cavité, située au-dessus et en avant, mesure 17 centimètres de hauteur et 14 centimètres transversalement.

Les suites opératoires sont excellentes ; la température monte à 38,7, le troisième et quatrième jour, puis redevient normale. La malade quitte l'hôpital le 25 juin, complètement guérie. C'est là un beau succès obtenu après 25 jours de traitement.

Observation XXVI (inédite)

Service de M. le professeur Pozzi.

Fibrome intra-ligamentaire gauche, diagnostiqué. Hystérectomie abdominale totale.

Thérèse M..., 38 ans, salle Récamier, lit 29.

Toujours bien réglée ; pas de pertes entre les règles.

Il y a 3 mois, douleurs sourdes dans la fosse iliaque gauche avec

irradiation dans l'hypogastre, s'est aperçue récemment qu'elle a une tumeur dans la fosse iliaque gauche.

Opération le 23 avril 1901. Hystérectomie abdominale totale. On trouve un fibrome pédiculé au niveau de la corne utérine droite, un petit fibrome de la paroi antérieure et un fibrome assez volumineux dans le ligament large gauche. L'ovaire droit est conservé. Opération laborieuse. Drainage abdominal. Fermeture complète du vagin. Suites bonnes. Guérison.

Observation XXVII (inédite).

Service de M. le professeur Pozzi

Fibrome intra-ligamentaire. Hystérectomie abdominale totale.

Octavie C.., salle A. Guérin, lit 10.

Entre le 14 novembre 1899.

A eu un enfant il y a 16 ans. Accouchement normal.

Réglée à 14 ans. Règles normales ; pas de pertes blanches.

Examen physique : Ventre augmenté de volume. Masse dure dans la fosse iliaque droite remontant jusqu'à l'ombilic.

Au toucher, col déchiré ; cul-de-sac droit effacé par masse dure ; de même le cul-de-sac antérieur, le cul-de-sac gauche tombe légèrement. Transmission au col des mouvements imprimés à la tumeur abdominale.

Opération le 30 novembre 1899. Fibrome développé aux dépens de la face antérieure et des bords latéraux de l'utérus.

Grandes difficultés à sortir la tumeur du ventre. Nécessité de libérer d'abord la partie supérieure des ligaments larges ; ceux-ci sont pincés, puis incisés transversalement. Décortication de la tumeur fibreuse qui est intra-ligamentaire. Hémostase difficile.

Hystérectomie abdominale totale.

Suture en surjet du péritoine au niveau des faces cruentées du ligament large, si bien que tout le petit bassin est muni de son revêtement séreux excepté au niveau de l'orifice vaginal.

Drainage abdomino-vaginal avec une mèche de gaze.

Suites bonnes. Guérison.

Observation XXVIII

Verdelet et Binaud. Congrès de Marseille, octobre 1898.

Fibrome de l'utérus. Hystérectomie abdominale totale.

Il s'agit d'une femme de 33 ans, qui entre le 26 novembre 1897 à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Demons, pour fibrome de l'utérus.

Son histoire est très simple : depuis deux ans et demi environ, elle a remarqué dans son flanc gauche une tumeur mobile, de consistance dure et à peu près indolore. La menstruation se faisait encore régulièrement.

Il y a un an, métrorrhagie assez abondante qui la décide à venir consulter M. le professeur Demons, qui institue un traitement médical. Mais la tumeur continuant à grossir et les hémorrhagies se reproduisant, elle se décide à une intervention radicale.

A l'examen de la malade, on trouve un abdomen volumineux, arrondi, présentant des vergetures et un sillon dans lequel on peut loger facilement deux doigts et qui délimite une tuméfaction située dans le flanc gauche et la sépare du reste de la tumeur. La tumeur n'est pas fluctuante, le vagin est assez mou, le col est entr'ouvert, un peu ramolli; les mouvements imprimés à la tumeur ne se transmettent que très faiblement au col. L'utérus paraît en antéflexion.

Opération, 1er décembre. — A l'ouverture de l'abdomen, on voit apparaître une tumeur ayant tous les caractères extérieurs du fibrome de l'utérus. Une longue incision, allant du pubis jusque près de l'appendice xiphoïde, permet de largement explorer cette tumeur et de voir qu'elle a des adhérences en arrière avec le côlon transverse. Ces adhérences sont libérées, elles occupent une surface de 6 à 7 centimètres environ. Chemin faisant, on constate aussi que la tumeur est divisée sur sa face antérieure par un sillon parallèle à l'axe du tronc en deux gros lobes qui donnent à l'examen, par la palpation la sensation de deux tumeurs isolées. En réalité, il s'agit d'une masse fibreuse qui est reliée au fond de l'utérus par un petit pédicule ayant une largeur de 4 à 5 centimètres. Ce pédicule est

sectionné entre deux pinces. On s'aperçoit alors que la tumeur tient encore au ligament large droit, qu'elle a en partie dédoublé en envoyant dans son épaisseur un prolongement. Celui-ci est également libéré. L'ensemble de la tumeur est enlevé. L'utérus étant volumineux est ensuite extirpé par le procédé de Richelot. Hémostase. Toilette du péritoine. Adossement des deux collerettes péritonéales. Sutures. Pansements.

Le 2 : la malade est bien, la nuit a été bonne.

Le 3 : les selles sont colorées par du sang bien rouge, aucune douleur.

Le 4 : une odeur fétide commence à se répandre autour de la malade, elle se plaint de souffrir de tout l'abdomen qui est tendu, ballonné. La température monte à 38°. En présence de ces phénomènes généraux, on croit à un peu de cellulite du reste du tissu cellulaire des ligaments larges et on s'apprête, si l'état inflammatoire continue, à faire jour à la collection qui doit se développer dans le petit bassin.

Le 5 : la malade prétend qu'elle rend des gaz par la vulve, gaz qui auraient l'odeur des gaz intestinaux. A l'inspection de la vulve et du vestibule on voit des débris grisâtres de tissus sphacélés par la pression des pinces hémostatiques et l'on pense que les gaz vaginaux sont dus à la putréfaction des tissus nécrosés.

Le 6 : l'état fébrile se maintient, la malade a le teint terreux ; elle s'affaisse, mais, malgré tout, a bon appétit.

Le 7 : ventre dur, ballonné, même état.

Le 8 : l'inspection du vagin démontre la présence d'une grande quantité de matières noirâtre, d'odeur fétide. Le doigt explorant attentivement la cloison recto-vaginale découvre un orifice imperceptible qui fait communiquer ces deux organes. La malade a donc une fistule stercorale : on ordonne de fréquentes injections et des lavements.

L'état continue à rester stationnaire.

Vers le 16 apparaissent des phénomènes d'arthrite du côté gauche qui durent quelques jours.

Le traitement est toujours continué par les lavages et les lavements et peu à peu la fistule guérit.

La malade est en mesure de quitter l'hôpital, absolument guérie, le 31 janvier 1898. Revue le 22 avril 1898, son état s'est maintenu excellent.

Observation XXIX

Goullioud, *In Ann. gynécologie*, t. LII, et *Obstétrique de Paris*.

J..., âgée de 42 ans, d'une stature tout à fait exceptionnelle, présente comme antécédent pathologique ce fait d'avoir eu un frère et une sœur, qui, ayant même stature, sont morts jeunes, à 39 et 31 ans. J... a eu à son premier accouchement une crise d'éclampsie. Les quatre grossesses ultérieures se sont accompagnées d'une anémie profonde.

Il y a quatre mois, elle se présente à mon examen avec un fibrome qui remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il paraît plus développé du côté gauche du ventre. Rien d'important à l'examen du cœur, du poumon et des reins.

Opération le 5 mai 1899. Hystérectomie abdominale totale, par un procédé se rapprochant du procédé américain. L'hémostase terminée, suture transversale des deux lambeaux péritonéaux, antérieur et postérieur, largement taillés. En suturant la paroi abdominale, je remarque une anse du gros intestin sur la ligne médiane ; mais je n'y prête pas d'attention, parce qu'on a à peine vu l'intestin pendant l'opération et qu'on n'a pu le tordre par aucune manœuvre.

Les suites opératoires immédiates ont été très simples. La malade se plaint cependant d'une impression de constriction et de gêne à la ceinture. Le pouls est très bon, n'a jamais dépassé 108. La température rectale, montée à 38,8 le deuxième jour, est descendue progressivement à 37,5. Emission de gaz le troisième jour, petite selle le quatrième jour.

La malade à ce moment ne souffre presque plus des douleurs thoraciques des premiers jours. En l'absence de symptômes péritonéaux, je suis absolument sans inquiétude à son sujet et considère la guérison comme un fait acquis.

Le 13 mai, c'est-à-dire le neuvième jour après l'opération, la malade prend de l'eau de Rubinat, c'est la troisième fois.

Le soir elle se plaint à l'interne de service d'un peu de tympanisme.

Le soir, la température rectale, qui était la veille de 37,8, remonte à 38,4.

Le lendemain, 14 mai, la malade se dit très bien. Elle déjeune comme d'habitude.

Tout à coup, à 10 heures du matin, elle appelle, accusant un malaise intense, en même temps qu'elle a une selle involontaire. Elle a une sensation d'angoisse, de constriction à la poitrine, d'impression de mort imminente. M. Jarsaillou, ne sentant pas le pouls, fait successivement piqûre d'éther et piqûre de caféine. J'arrive à ce moment et trouve mon opérée dans un état des plus immédiatement inquiétants.

Elle demande de l'air, fait des respirations lentes et profondes, elle est pâle et légèrement cyanosée. Les respirations s'espacent et la malade meurt. Le tout a duré 8 à 10 minutes.

Autopsie, le 15 mai. Le ventre est un peu météorisé. La réunion de la plaie abdominale est parfaite.

On remarque d'abord la teinte rosée, normale de l'intestin.

Le côlon transverse apparaît dilaté. Son coude gauche remonte très haut dans le thorax, refoulant le cœur sur la ligne médiane.

Le foie est vertical, présentant la déformation caractéristique du cornet. A la partie inférieure de l'abdomen, on trouve, presque sur la ligne médiane, l'anse oméga, formant une anse doublée en canon de fusil qui remonte verticale et tendue du bassin à l'ombilic.

Au niveau du détroit supérieur, elle se continue par un coude avec la partie supérieure de l'S iliaque. Ce coude est dû à ce que, en ce point, son revêtement péritonéal est tendu, son méso étant attiré et fixé par le surjet péritonéal de Douglas. La suture a déterminé une plicature de l'anse oméga, en rapprochant du bassin un point qui, du fait du développement du fibrome, avait dû être porté dans la fosse iliaque ou le flanc.

Pas trace de péritonite ; ni liquide, ni fausses membranes, ni adhérences.

Le cœur est vide, on ne trouve aucun caillot dans ses cavités.

Pas de lésions valvulaires, mais cœur manifestement graisseux, flasque et mou, à parois minces. Du côté des poumons, pas d'infarctus, seulement de l'hypostase.

Reins volumineux, mais sains. Les uretères n'étaient ni comprimés ni gênés au niveau du surjet péritonéal.

Le cerveau n'a pu être examiné, mais aucun symptôme n'a indiqué une lésion cérébrale, ni embolie, ni hémorrhagie.

En résumé, on trouve un cœur graisseux, une plicature de l'anse oméga énorme et une inégale et anormale distension du gros intestin.

Observation XXX

Goullioud, *Annales gynéc. et obst. de Paris*, LII, p. 157.

Fibrome intra-ligamentaire volumineux. Occlusion intestinale post-opératoire.

M. G..., domestique, âgée de 40 ans, célibataire, présentant une tumeur manifeste de l'abdomen, se soumet à mon examen le 13 décembre 1891.

Il s'agit manifestement d'un volumineux fibrome bilobé, dont la masse principale atteint l'ombilic ; une seconde, comme surajoutée, le dispersant à droite.

Le 28 septembre 1892, la tumeur a beaucoup augmenté, les troubles de la miction apparaissent ; la circonférence abdominale atteint un mètre ; la tumeur est devenue fluctuante daus sa partie la plus saillante ; actuellement, elle atteint l'épigastre.

J'opère la malade le 3 octobre ; M. Fochier veut bien assister à cette opération qui s'annonce grave et difficile.

Le fibrome hors du ventre, on constate que l'S iliaque est adhérente par dédoublement et suppression de son méso, c'est-à-dire que le fibrome est intra-ligamentaire. Au lieu d'isoler l'intestin, je fais au-dessus de lui une incision circonférentielle, péritonéale autour de la tumeur et j'en pratique l'énucléation. Il ne survient aucune hémorrhagie, et l'on n'a à placer ni une ligature, ni une pince à demeure. L'utérus est aplati sur le côté. Marsupialisation du fond de la poche, que l'on tamponne faiblement à la gaze iodoformée. On veille à ce que l'S iliaque ne soit ni coudée ni trop tirée par la fixation de la poche au bas de la ligne de suture. Triple surjet au catgut.

La tumeur fibro-kystique pesait plus de 8 kilog. Le soir, la malade

est longue à se réchauffer. Suintement sanguin par la mèche iodoformée nullement inquiétant. Pouls, 88. Température rectale, 37°.

Le 5 octobre, un cachet de calomel, puis un lavement qui amène quelques matières, pouls à moins de 120 ; température rectale, 38°2 et 38°3 ; cependant la purgation n'a pas agi, très léger ballonnement ; toujours de l'abattement. La malade ne veut rien prendre.

Le 6, devant l'absence de selles, nous enlevons le tamponnement de la poche marsupialisée.

Le 9, la malade mange un peu, je crois être sûr du succès.

Le soir, la malade, qui jusque-là avait à peine souffert de quelques coliques, se plaint beaucoup du ventre et spécialement d'un point limité dans la fosse iliaque droite.

Le 10, une verrée purgative ; puis le soir, un cachet de calomel. On attribue la persistance des douleurs à l'insuffisance des selles. Premier vomissement alimentaire. Cependant ce n'est ni le facies, ni le pouls, ni le ventre d'une péritonite ; température rectale, 37°4 et 38°2.

Le 11, nous commençons vraiment à craindre de l'occlusion intestinale, la malade se refuse à une laparotomie secondaire, suppliant d'attendre le lendemain, ce qu'on croit pouvoir faire.

Le 13, la malade a vraiment baissé, il n'y a plus rien à espérer du traitement médical. On dirait une hernie étranglée. Pas de température, 37°4 ; pouls rapide, encore fort, bien comptable.

Je fais une incision dans la fosse iliaque droite, dans le but de faire une entérotomie.

Le péritoine ouvert, je reconnais qu'il n'y a seulement pas trace de péritonite. Je trouve le cœcum peu distendu, puis l'extrémité inférieure de l'intestin grêle affaissée, comme tendue sur un plan fibreux, formé par la poche marsupialisée, sans mésentère et même comme recouvert simplement par le péritoine au lieu d'en être enveloppé. Cette disposition tient sans doute au développement de la tumeur, qui a supprimé le mésentère et dépouillé, pour ainsi dire, cette partie de l'intestin des deux tiers de son enveloppe péritonéale, sur une longueur de 10 centimètres.

L'intestin s'est coudé à la jonction de sa partie fixe et de sa partie mobile. Le péritoine passe comme épaissi et cicatriciel sur ce coude.

Au-dessus, l'intestin est brusquement distendu. Il n'y a aucun doute possible sur le diagnostic d'occlusion par coudure.

Un anus artificiel est établi sur la partie distendue de l'intestin grêle. Ecoulement abondant de matières. Cessation des coliques; mais la malade ne résiste pas à ce choc, elle s'affaiblit et meurt dans la nuit.

L'autopsie permet de constater de nouveau la disposition indiquée de l'occlusion intestinale.

La tension de la poche marsupialisée n'est pas excessive; tout le mal vient de ce que l'extrémité inférieure de l'intestin grêle n'avait plus de mésentère et que sa portion libre rencontrait la portion immobilisée en faisant un angle.

Observation XXXI

Jules Bœckel, *Gazette médicale*, Strasbourg, janvier 1901, n. 1.

Hystérectomie abdominale totale.

Ph... d'A... (novembre 1898), 56 ans.

Début de la maladie à 15 ans.

Fibromes multiples dont un inclus dans le ligament large.

Est alitée depuis cinq ans.

Procédé opératoire : Doyen modifié avec angiotripsie.

Guérison *per primam.*

A repris son poste. Santé excellente.

Observation XXXII

Jules Bœckel, *Gazette médicale de Strasbourg*, janvier 1901, n. 1.

M[lle] Ph..., 42 ans, vierge, réglée.

Début il y a quelques mois.

Petit fibrome enclavé dans le petit bassin.

Compression du sciatique. Douleurs de hanche simulant la coxalgie.

Doyen modifié.

Péritonisme avec phénomène d'occlusion intestinale.
Mort le quatrième jour. Hémorrhagie secondaire.

Observation XXXIII

M. le professeur agrégé Bérard, *Province médicale*, 14 octobre 1899.

Enorme fibrome utérin développé dans le ligament large droit. Hystérectomie abdominale totale.

Joséphine A..., 43 ans. Jamais d'hémorragie. A la palpation, la tumeur donnait une sensation assez nette de fluctuation. Néanmoins, le diagnostic de fibrome s'imposait au toucher : le col utérin, très remonté, comme avalé, était fixé en arrière du pubis et ne pouvait être mobilisé qu'avec le reste de la masse.

Aucun trouble de la miction, mais la constipation était notable et la malade accusait des douleurs lombaires avec quelques élancements dans les membres inférieurs.

L'intervention fut pratiquée le 8 septembre 1899. Laparotomie médiane qui conduit sur le fibrome, un peu adhérent à la paroi abdominale antérieure, mais surtout fixé profondément, de telle façon qu'il est impossible de l'attirer au dehors, malgré que l'incision ait été agrandie presque de l'échancrure xiphoïdienne au pubis.

On reconnaît rapidement que cet obstacle est dû à l'enclavement de toute la tumeur dans le ligament large droit. Une incision de ce dernier, au point où il est le plus aminci, permet de créer un plan de clivage ; après que le bord supérieur des deux ligaments a été coupé entre deux pinces, le décollement s'effectue assez rapidement en ouvrant quelques tissus veineux, immédiatement tamponnés. La portion principale du fibrome est alors extraite hors du ventre et amputée au-dessus d'une ligature élastique, puis la vessie est décollée du moignon utérin restant. Après ouverture du cul-de-sac postérieur, deux pinces sont placées sur les utérines ; la tranche vaginale, suturée est amenée à l'angle inférieur de la plaie. Enfin, deux Micküliez sont placés : l'un, dans le petit bassin, l'autre, dans l'espace mort laissé par l'évidement du ligament large droit, espace trop anfractueux et trop vasculaire pour qu'on songe à le fermer par capitonnage.

Injection de 500 grammes de sérum artificiel sur le lit d'opération, Le schock a été intense à la suite de cette intervention qui dura près d'une heure un quart. Pourtant les suites furent des plus simples : la malade allait spontanément à la selle vers le quatrième jour.

Les Mickülicz furent progressivement diminués, puis retirés tout à fait le 12e jour. Aujourd'hui, la malade ne garde plus qu'un petit pertuis sus-pubien. Elle va quitter le service dans quelques jours.

La tumeur, développée aux dépens de la corne utérine droite, était énorme, du poids de 12 kilogrammes Déplissant le ligament large, elle avait décollé le péritoine pariétal jusqu'à l'épine iliaque en avant, et en arrière jusqu'au cœcum qui se trouvait reporté vers l'ombilic.

Il s'agissait d'un de ces fibromes à évolution devenue maligne. La malade, en effet, accusait depuis un an une augmentation notable du volume de son ventre sans modifications appréciables de la menstruation. Les léio-myomes malins, sur lesquels MM. Bérard et Perrot ont attiré l'attention dans un mémoire des *Archives de Médecine expérimentale* (1897), sont souvent creusés, comme l'était celui-ci, de cavités pleines d'un liquide séreux, d'où la sensation de résistance et presque de fluctuation perçue à l'examen.

Observation XXXIV

M. le professeur agrégé Bérard, dans thèse Ch. Perrot.

Maria B..., 33 ans, femme de chambre. Entrée dans le service de M. le professeur Poncet, le 21 octobre 1899, sortie le 25 décembre 1899.

Père bien portant (76 ans). Mère en bonne santé. Un frère mort, d'une affection aiguë, à 26 ans. Un frère et une sœur en bonne santé.

Pas d'antécédents personnels. La malade affirme n'avoir jamais eu de maladie grave. Ni rhumatisme, ni impaludisme, ni syphilis.

La malade n'est pas mariée. Elle a été réglée à 16 ans. Ses époques ont toujours été régulières.

Il y a un an environ, au mois de novembre dernier, apparurent les premiers symptômes de l'affection qui l'amène à l'hôpital. Elle était essoufflée au moindre effort.

Depuis six mois à peu près, elle a vu son ventre grossir. Ses règles sont restées irrégulières et n'ont pas augmenté de quantité. Depuis deux mois cependant, elles sont beaucoup moins abondantes.

Il y a huit mois environ, la malade constata qu'elle urinait plus fréquemment que de coutume. Elle ne tarda pas à se lever la nuit de deux à quatre fois, suivant la fatigue de la journée. Elle n'a jamais d'arrêt complet du cours des urines, mais elle pisse parfois très abondamment, sous forme de véritables débâcles.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

La malade ne présente pas de troubles digestifs. Pas de constipation.

La palpation de l'abdomen révèle la présence d'une tumeur transversalement étendue. Il semble que l'on ait affaire à un utérus bicorne, dont chaque moitié se serait considérablement développée. La tumeur remonte, à droite, jusqu'à la douzième côte. Elle est moins haute à gauche. Au niveau de la ligne blanche un sillon très net divisé en deux portions. Cette tumeur, sur toute son étendue, donne à la percussion une matité absolue.

Il n'y a pas de liquide péritonéal.

La tumeur se déplace en masse et semble indépendante du péritoine, dans son lobe gauche au moins. Le lobe droit est presque immobile dans la fosse iliaque droite.

Le toucher vaginal est gêné par l'hymen de la malade. Il ne donne pas de renseignements bien précis. L'utérus est difficilement atteint par le doigt, on constate toutefois la présence d'une masse dure dans le cul-de-sac postérieur.

Le toucher rectal ne donne pas de renseignements précis.

La malade est opérée, par M. le professeur agrégé Bérard, le 24 octobre 1899.

On trouve un énorme fibro-myome, formé de trois masses, au milieu desquelles est perdu l'utérus. La masse gauche, considérable, est libre sous le péritoine et remonte jusqu'au rein gauche. La masse droite est incluse dans le ligament large correspondant ; les faisceaux de ce ligament passent en sautoir par dessus la tumeur. Plus en dehors se trouve une nouvelle sangle, l'uretère avec ses vaisseaux. Ce dernier était donc comprimé entre la tumeur et la paroi. On a ainsi

l'explication des phénomènes de débâcles urinaires relatés dans l'histoire de la malade. Un troisième lobe, médian, plonge en avant, dans le petit bassin et comprime la vessie.

Ablation en masse de la tumeur. A la partie postéro-inférieure on remarque une partie ayant subi une dégénérescence kystique qui répondait de la partie la plus déclive du cul-de-sac de Douglas.

Après ablation, Micküliez.

Pansement. Injection de sérum artificiel.

Guérie sans autre incident qu'un peu de suppuration en arrière du Micküliez, qui a prolongé la convalescence.

Trois mois après, la malade donne de ses nouvelles : elle est complètement guérie et a repris son travail.

Observation XXXV

De M. le professeur agrégé Auguste Pollosson, chirurgien des hôpitaux de Lyon, dans thèse Ch. Perrot.

Mme M..., 41 ans. A eu un enfant à l'âge de vingt-trois ans, et depuis cette époque n'a pas eu de nouvelle grossesse.

Cette malade a été veuve pour la première fois en 1892. Elle présentait des règles augmentées comme quantité et comme durée, et M. Auguste Pollosson put, à ce moment, porter le diagnostic de fibrome. L'utérus présentait à peu près le volume d'une petite tête fœtale.

A cette époque, une intervention chirurgicale ne sembla pas nécessaire et on se contenta d'établir un traitement médical.

La malade n'a été revue qu'en 1899. Dans cet intervalle, les règles avaient continué à être exagérées, mais aucun phénomène douloureux n'était apparu. Depuis huit mois environ, la tumeur utérine avait notablement grossi. Des phénomènes de compression s'étaient manifestés par des douleurs dans le pelvis et dans les cuisses, par une gêne des fonctions intestinales, et peut-être aussi par une compression des uretères, car il existait un peu d'albumine dans les urines. L'état général était devenu mauvais : pâleur et amaigrissement prononcés.

La tumeur avait, dans les six ou huit derniers mois, pris un développement considérable et rapide, et atteignait les dimensions d'un utérus de grossesse à sept mois.

A l'examen du ventre, on constatait l'existence d'une tumeur solide dont le fond était intermédiaire entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde. La consistance n'était pas très dure et la mollesse relative, jointe à l'évolution rapide, indiquait un certain degré de malignité.

En pratiquant le toucher, on constatait que l'excavation pelvienne était complètement remplie par une masse fibromateuse du volume d'une tête fœtale. Cette tumeur, qui remplissait le bassin, était immobilisée et se continuait directement avec la tumeur abdominale. Le col utérin se trouvait fortement déjeté en avant et en haut, derrière la symphyse du pubis.

On constatait, en outre, que la vessie, soit distendue, soit incomplètement vidée, remontait jusqu'au niveau de l'ombilic et paraissait fixée dans cette position.

On devait donc s'attendre, dans l'opération d'extirpation projetée, à rencontrer des difficultés tenant, d'une part, à la situation de la vessie, et, d'autre part, à la masse fibromateuse qui plongeait dans le pelvis en arrière du col.

L'opération, pratiquée le 1er juin 1899, montra que ces craintes étaient bien fondées. L'incision médiane de la laparotomie montra, en effet, que la vessie occupait une situation fixe et remontait au moins jusqu'au niveau de l'ombilic. L'incision fut donc prolongée beaucoup plus haut et le péritoine fut ouvert dans la partie supérieure au-dessus du niveau de la vessie.

On constata alors que le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin se réfléchissait au niveau de l'ombilic et se continuait sur la partie supérieure de la masse fibromateuse.

D'autre part, à droite et à gauche, les ligaments larges étalés remontaient à peu près au même niveau, c'est à-dire au voisinage de la zone ombilicale.

En arrière, la tumeur était libre et l'on pouvait glisser la main jusqu'au niveau de l'entrée du bassin, mais sans pouvoir descendre plus bas, en raison de la masse fibromateuse qui remplissait le pelvis.

Devant ces difficultés, M. Auguste Pollosson fut obligé de suivre la conduite suivante :

La tumeur utérine fut attirée en avant autant que le permettait l'incision dont la partie inférieure restait inutilisée à cause de la présence de la vessie.

La tumeur étant ainsi attirée, on pouvait voir sa face supérieure et la partie supérieure de sa face postérieure.

Pour aller plus loin, il fallait procéder à une réduction de cet utérus fibromateux.

Le tissu utérin fut alors rapidement ouvert par une incision verticale, presque médiane, portant sur la face postéro-supérieure de l'utérus attiré au dehors. Cette incision conduisit sur une grosse masse fibromateuse qui fut clivée et décortiquée. Cette masse, de forme ovoïde, présentait à peu près les dimensions de deux têtes de fœtus à terme. Elle représentait, d'une part, une notable partie de la tumeur abdominale et, d'autre part, la tumeur pelvienne tout entière qu'on avait constatée par le toucher. Cette masse se trouvait développée, dans son tiers supérieur, dans l'utérus lui-même, et dans ses deux tiers inférieurs, *dans le ligament large gauche* distendu.

Une fois cette masse enlevée, l'utérus, notablement diminué de volume, put être attiré davantage dehors. Le cul-de-sac de Douglas devenait libre et abordable, et les ligaments larges droit et gauche s'allongèrent, permettant de les attaquer plus aisément.

Ces deux ligaments furent d'abord sectionnés dans leur moitié supérieure, ce qui rendit l'utérus plus mobile. A ce moment, le cul-de-sac postérieur de Douglas fut ouvert et l'hystérectomie totale fut terminée suivant la méthode de Doyen.

Le clivage de l'utérus avec la vessie se fit sans difficultés. L'hémostase fut faite avec soin. L'ouverture pelvienne du péritoine fut suturée suivant une ligne transversale, puis la paroi abdominale complètement refermée par une suture à trois plans.

On glissa alors par le vagin une mèche de gaze aseptique destinée à assurer le drainage des surfaces cruentées sous-jacentes au péritoine suturé.

Les suites opératoires furent simples. La température ne dépassa pas 38° pendant la première semaine. A ce moment, on enleva la

mèche vaginale et il y eut pendant trois ou quatre jours une élévation de température correspondant a un peu d'infection du fond du vagin, mais sans réaction péritonéale.

Pendant les deux mois qui suivirent, la malade ne reprit ses forces que d'une façon très lente. L'appétit restait mauvais et il y avait de temps en temps de petites élévations de température à 38° ou 39°5.

Cet état général et cette fièvre dépendaient évidemment de l'état des voies urinaires, car les urines furent pendant longtemps troubles et présentèrent encore par intervalles des traces d'albumine. Mais sous l'influence du régime et sans traitement local de la vessie, les fonctions urinaires reprirent leur intégrité. A partir de ce moment, l'appétit revint et la malade augmenta rapidement de poids.

Revue en janvier 1900, elle présente un état général des plus satisfaisants.

Observation XXXVI

De M. le professeur Poncet, dans thèse Ch. Perrot.

Marie-Jeannette B..., 44 ans, ménagère. Entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Poncet, le 27 février 1899, sortie le 28 avril 1899.

Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires ou familiaux. La malade a toujours joui d'une bonne santé. Réglée à 15 ans, elle l'a toujours été normalement depuis jusqu'à ces temps derniers.

Trois grossesses normales. Le premier accouchement s'est terminé par un forceps, l'enfant est mort, mais il n'a pas eu de suites fâcheuses pour la mère. Les deux autres se sont normalement effectués et les enfants âgés de 15 et 17 ans sont vivants et bien portants.

Pas de maladie grave. Pas de syphilis ni d'éthylisme. Rien dans les antécédents hépatiques ou urinaires.

Il y a 4 ans environ qu'elle a ressenti pour la première fois des douleurs vagues dans l'abdomen, plus spécialement à droite. C'est également de ce côté et presque en même temps qu'elle s'est aperçue d'une tuméfaction anormale de l'abdomen, peu douloureuse d'ailleurs, simplement gênante par son poids et son volume, l'un et l'autre augmentant régulièrement, sans à-coup, ni phénomènes généraux.

Rien à signaler dans toute la période qui suit ; constipation fréquente mais habituelle, pas de gène de la miction. Les époques ont été, en somme, régulières, mais retardant facilement de 15 jours ou d'un mois et durent quelquefois plus de huit jours. Dans l'intervalle, pas de pertes rouges, mais des pertes blanches assez fréquentes.

Les douleurs spontanées, peu marquées jusque-là, sont devenues beaucoup plus fortes depuis quelques jours. Elles prennent naissance dans la fosse iliaque droite pour s'irradier sous forme de névralgies dans le membre inférieur droit et la fesse du côté droit. La pression a peu d'influence sur elles.

Lorsque la malade arrive à l'Hôtel-Dieu, l'abdomen est considérablement augmenté de volume. L'ombilic est entièrement déplissé. Il n'y a pas de circulation veineuse anormale de la paroi.

A la palpation on trouve une paroi relativement souple et qui permet d'apprécier deux tumeurs assez nettement distinctes. La première, à droite, a presque la grosseur d'une tête d'adulte ; elle s'étend de l'ombilic au pubis, remplissant la fosse iliaque droite. Elle est un peu mobile, rénitente, lisse, sans nodosités appréciables, non douloureuse à la palpation. La deuxième, à gauche, a le volume d'une grosse orange et est séparée de la première par un sillon facilement appréciable. Elle a les mêmes caractères avec un peu plus de mobilité.

Pas de sensation de flot. Le rein n'est pas perceptible. A la percussion, toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen est mate. Au fur et à mesure que l'on descend dans la région lombaire, la sonorité reparaît pour redevenir matité plus bas. Cette sonorité ne subit pas de modification dans les changements de position de la malade. Le foie n'est pas remonté et sa matité inférieure se détermine encore.

Au toucher, on trouve le vagin presque entièrement comblé par le cul-de sac antérieur, formant une tumeur du volume d'une mandarine. Le doigt, glissé derrière la tumeur, pénètre dans un cul-de-sac profond, dont le doigt n'atteint que très difficilement le fond. On n'a la sensation du col utérin en aucun point de ce cul-de-sac. La tumeur du cul-de-sac antérieur occupe aussi le cul-de sac droit. La pression n'est pas douloureuse.

Il y a un peu d'œdème des membres inférieurs, surtout le soir.

Le poumon et le cœur sont sains. Pas de température.

Urines très chargées en urates. Pas d'albumine

La malade est opérée le 7 mars 1899 par M. le professeur Poncet.

Laparotomie avec longue incision médiane dépassant par en haut les limites de la tumeur. Il est impossible d'amener celle-ci au dehors et même de l'y attirer partiellement. On se rend compte alors qu'elle est presque totalement enclavée dans les feuillets des ligaments larges, dédoublés par elle au cours de son développement. Tout au plus, un des larges lobes qui bossèlent la surface du fibrome est-il dépourvu de ce revêtement. Les annexes coiffent, de chaque côté de la ligne médiane, le sommet de la tumeur. Le bord supérieur de chacun des ligaments larges est occupé par d'énormes sinus veineux du volume de la veine cave, à l'hémostase desquels on procède aussitôt en prenant la portion la plus élevée de chaque ligament dans une pince Richelot. A gauche, ce temps opératoire détermine une légère hémorrhagie veineuse arrêtée par forcipressure et compression.

Puis, comme la limite supérieure de la vessie n'apparaît pas très nettement en avant de la masse, celle-ci est dégagée à ce niveau de de son revêtement péritonéal pour mettre à l'abri de toute manœuvre traumatisante les organes situés en avant.

La décortication du fibrome se poursuit de haut en bas, très laborieuse, avec trop d'hémorrhagie pour qu'on l'achève sans autres précautions. M. le professeur Poncet saisit donc dans un lien de caoutchouc le pédicule du fibrome et le ligament large qui l'englobe et sectionne au couteau la plus grosse partie de cette masse. La tranche de section intéresse le sommet du vagin qui a été étiré par le développement de la tumeur dans des proportions tout à fait anormales. Sur les côtés de cet organe, M. Poncet trouve facilement un plan de clivage dans lequel il énuclée, en quelques minutes, le reste de la tumeur. Il enlève alors le lien de caoutchouc qui risquerait d'englober les uretères dans le pédicule et termine l'intervention par une hémostase longue et soignée de toutes les surfaces dénudées au moyen de sutures hémostatiques et de ligatures simples et en chaînes.

La tranche vaginale est fixée en avant à la paroi abdominale ; pour éviter toute chance d'infection, des mèches de gaze iodoformée plongent tout autour du pédicule dans le petit bassin. A droite, sur-

tout, le tamponnement est plus étendu, car les feuillets péritonéaux, dédoublés dans la décortication de la tumeur, ont laissé de larges surfaces saignantes.

L'examen de la pièce enlevée la montre constituée par du fibromyome pur. La tumeur s'est développée aux dépens de la paroi droite de l'utérus, refoulant l'organe à gauche et en bas et s'avançant dans les ligaments larges, surtout dans le droit qu'elle a totalement dédoublé. Impossible de trouver un plan de clivage plus profondément dans la masse ou entre elle et l'utérus. De plus, on se rend compte que toute tentative de décortication sous-péritonéale prolongée eût rencontré un obstacle absolu dans la présence d'énormes sinus veineux en haut et en bas de chaque ligament large.

Observation XXXVII

De M. le professeur agrégé Condamin, dans thèse de Ch. Perrot.

Marie B..., 41 ans, jardinière.

Réglée à dix-huit ans. Les menstrues ont toujours été très régulières, mais très abondantes dès leur début.

Mariée à trente ans. A eu un accouchement normal à l'âge de trente-deux ans, il y a neuf ans.

Il y a un an et demi, la malade perçut, dans l'abdomen, au dessus du pubis, une tumeur indolore de la grosseur d'un œuf. Pendant un an, cette tumeur resta stationnaire, sans amener aucune modification dans la fréquence ou l'abondance des règles.

Six mois après, les digestions devinrent pénibles, s'accompagnant de nombreux vomissements. Toutefois ces troubles digestifs n'étaient pas continus ; ils présentaient des rémissions qui duraient de un mois à un mois et demi. A cette époque, la malade était fortement constipée.

Il y a six mois, les règles devinrent plus fréquentes et plus abondantes. En même temps, la tumeur augmentait rapidement de volume.

Dans le dernier mois qui a précédé l'opération, la malade a ressenti des douleurs irradiées dans la cuisse droite, mais pas assez intenses pour empêcher la marche.

Jamais de troubles du côté de la miction.

Lorsque la malade se présente à l'hôpital, le 8 février 1900, elle se plaint de pertes abondantes et de vomissements continuels.

A l'examen du ventre, on sent une masse volumineuse, dure, remontant jusqu'au niveau de l'ombilic et s'étendant surtout à gauche.

Au toucher vaginal, on sent une masse adhérente à l'utérus s'étendant dans les deux ligaments.

Le 16 février 1900, la malade est opérée par M. le professeur agrégé Condamin, qui pratique la laparotomie et suit le manuel opératoire suivant :

1° Section de la partie supérieure des ligaments larges entre deux pinces ;

2° Décollement latéral entre l'utérus et les deux feuillets des ligaments larges jusqu'au niveau de l'isthme du col ;

3° Pincement des artères utérines par une pince coudée ;

4° Continuation du décollement en avant et en arrière :

5° On élève alors facilement l'utérus en dehors du ventre ;

6° Ouverture du cul-de-sac postérieur et terminaison de l'opération comme dans le Doyen.

Drainage vaginal.

La malade sort de l'hôpital le 8 mars 1900, entièrement guérie.

Les pertes ont cessé ; la constipation a disparu Les digestions sont faciles ; il n'y a plus de vomissements.

Observation XXXVIII

H. Duret, in *Semaine gynécologique*, 1er janvier 1901.

Fibrome en symphyse totale avec la ceinture pelvienne. Ablation par section médiane et morcellement. Mort.

P..., Elisabeth, 36 ans. Réglée à 16 ans. Mariée à 25 ans. Pas d'enfants.

A 33 ans, elle eut une fièvre typhoïde, qui dura 3 mois. Pendant cette maladie, elle eut une cystite, et plus tard des douleurs en urinant, qui persistèrent pendant la convalescence. Elle eut aussi, pendant sa maladie, une poussée de péritonite assez prononcée.

A l'examen clinique, le 3 juin 1898, on constate, dans le cul-de-sac latéral gauche du vagin, une tumeur bosselée, dure, qui, du côté de la paroi abdominale, remonte jusqu'à l'ombilic. Elle a le volume d'une tête d'enfant de 10 ans; elle est absolument fixée dans le bassin. Le toucher rectal montre qu'elle remplit la concavité sacrée, ou elle est absolument immobile.

L'opération a lieu le 10 juin 1898. Le ventre étant ouvert, on tombe sur une masse formée par l'épiploon épaissi et induré et par plusieurs anses intestinales intimement soudées à une tumeur fibreuse utérine, qui siège dans la cavité pelvienne. Sous ce magma fibreux inflammatoire, la vessie n'est pas visible. On commence par sectionner la lame épiploïque, et on laisse sa partie inférieure, ayant la largeur de la main, adhérente à la paroi abdominale, à la tumeur et à la vessie. Ensuite, on dégage avec prudence trois anses intestinales soudées au néoplasme, par des faisceaux fibreux très denses. Il faut user du bistouri pour les dégager, à petits coups. *Le corps fibreux est totalement inclus dans le ligament large, et, en arrière, complètement soudé à la concavité pelvienne, en symphyse avec les os.* Il est impossible de reconnaître l'utérus et les annexes; tout est compris dans la même gangue fibro-inflammatoire, très dense. On se décide à agir *par morcellement.* Sur la partie postérieure du fibrome, on fait une section médiane, qui suit la concavité sacrée, et peu à peu, on arrive à le diviser en deux moitiés. L'incision est poursuivie jusqu'au cul-de-sac vaginal postérieur. Celui-ci est ouvert et désinséré du col à gauche; puis, on incise la base inférieure du ligament large, et on lie l'artère utérine correspondante. Puis, avec les doigts, on décolle peu à peu, de bas en haut, et d'arrière en avant, la moitié gauche du fibrome; on la dégage de la concavité sacrée, et on l'amène en haut; elle entraîne avec elle les annexes correspondantes, qui sont ensevelies dans la gangue inflammatoire. On procède de même à droite. En avant, l'utérus, qui est petit, a été divisé en même temps que le fibrome, inséré sur sa face postérieure, et enlevé avec chaque moitié; on a pris soin d'éviter la blessure de la vessie. En résumé, il s'agissait, dans ce cas, d'une double annexite très ancienne, très fibreuse, ayant soudé intimement ensemble l'utérus, les annexes et le fibrome. Plusieurs anses intestinales et la vessie étaient prises dans

la même masse inflammatoire scléreuse, qui accolait fortement l'ensemble à la concavité du sacrum. Après l'ablation de la tumeur, la vessie reste en partie enclavée sous un capuchon fibreux formé par les débris indurés de l'épiploon et le magma inflammatoire.

Pendant l'intervention, soit par la section médiane, soit par les tractions, une déchirure d'un centimètre environ avait été faite à la paroi antérieure du rectum ; on la ferme par une suture de Lembert.

C'est sans doute à cause de cette blessure de l'intestin, ou à cause de l'infection antérieure que les suites opératoires ne furent pas favorables. Bien que le ventre eût été drainé et le vagin laissé ouvert, des symptômes de septicémie se manifestèrent peu à peu. La température reste bonne, aux environs de 37° ; mais le pouls s'éleva à 140-150 le 3e jour. Les injections de sérum artificiel répétées à la dose de 1000 gr. deux fois par jour, pendant cinq jours, restèrent impuissantes. La malade eut du délire, quelques vomissements, et succomba après 10 jours.

Observation XXXIX

H. Duret, dans *Semaine gynécologique*, 1901, n. 2, p. 9.

Fibrome calcifié et inclus remplissant l'abdomen et le pelvis, du poids de 8 kil. 600. Morcellement par blocs successifs sans hémostase préalable. Blessure de la vessie et section de l'uretère. Guérison.

Tumeur ayant la dureté de la pierre.

Depuis six semaines, œdème considérable des membres inférieurs.

Opération. — Partout la séreuse fait partie intégrante du néoplasme.

Annexes gauches et droites accolées. Il n'y a plus de ligaments larges. L'S iliaque est accolée et aplatie contre le néoplasme.

L'uretère gauche était entre deux lobes de la tumeur.

La tumeur est sectionnée par tranches.

Le vagin reste ouvert. Gros drain abdominal. Guérison.

Observation XL

H. Duret, dans *Semaine gynécologique,* 1901, n. 2.

Cysto-fibrome volumineux sessile et inclus. Ablation par morcellement. Guérison.

Notre quatrième observation, de date plus récente, mérite d'être relatée en entier. La malade, âgée de 50 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires. Elle a été réglée à 15 ans pour la première fois, et toujours normalement depuis. Elle a eu 3 enfants et une perte : son dernier enfant a 17 ans. Toutes les couches ont été bonnes. La ménopause ne s'est pas encore établie pour elle : elle a encore des pertes, mais irrégulières.

Il y a deux ans, elle a commencé à maigrir et à pâlir, et elle a remarqué que son ventre grossissait. Depuis ce temps elle a des leucorrhées, et ses règles sont abondantes et prolongées. Depuis huit mois surtout, l'augmentation du volume du ventre est rapide. Elle n'a pas eu de troubles digestifs, tout au plus un peu de constipation : ses mictions sont assez fréquentes.

Le 10 mars 1898, au moment où nous l'examinons dans notre service, elle est pâle, faible, très amaigrie, comme épuisée. Le ventre se présente sous la forme d'un globe très saillant, qui occupe tout l'espace compris entre les hypochondres et le pubis : il proémine d'au moins 30 centimètres en avant du plan antérieur du corps. Au-dessus de l'ombilic, le plan que forme sa courbe est très oblique ; mais, à partir de ce point, elle est très abrupte et devient presque perpendiculaire. L'aspect est assez bien celui de la bosse antérieure de polichinelle, un peu abaissée. La circonférence de l'abdomen, au niveau du nombril, est de 104 centimètres ; il y a 23 centimètres de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, et 20 centimètres de ce dernier au pubis.

Dans la région inférieure de la paroi abdominale, on observe un œdème d'une dureté ligneuse : partout, des réseaux veineux à grosses mailles. Par le palper, dans la partie inférieure droite de l'abdomen, occupant toute la région sous-ombilicale et le flanc, on constate l'existence d'une tumeur dure, fibreuse, du volume d'une tête d'adulte,

qui descend profondément dans le bassin et est immobile. Dans tout le reste de l'abdomen, c'est-à-dire sous l'ombilic, dans le flanc gauche, dans la région sus-ombilicale et dans l'hypocondre gauche, jusque dans la région lombaire, la tumeur est manifestement liquide et uniloculaire ; dans toutes ces régions, on obtient la sensation de flot. La disposition des choses est telle que, si on se bornait à cette partie de l'examen, on croirait qu'on est en présence d'une tumeur fibreuse, à laquelle est annexé un volumineux kyste ovarique ; mais le reste de l'exploration ne confirme pas ce diagnostic. La percussion montre que l'intestin occupe la région lombaire droite, l'hypochondre droit, et une petite partie du creux épigastrique. Le toucher indique que l'utérus est remonté très haut ; les culs-de-sac vaginaux ne sont pas distendus : en refoulant fortement celui du côté droit, on arrive au contact de la tumeur solide. Les lèvres du col sont déchirées et éversées. L'hystéromètre se dirige fortement vers la droite et pénètre à une profondeur d'au moins 16 centimètres. Ce fait indique un développement considérable de l'utérus. Il nous conduit à adopter de préférence le diagnostic de cysto-fibrome de l'utérus, surtout si l'on tient compte des hémorragies et du développement rapide du néoplasme.

L'opération est faite le 11 mars 1898. Dès qu'on a ouvert le ventre dans la région sous-ombilicale, on voit que le néoplasme fait absolument corps avec la paroi : on est obligé de déchirer, avec les doigts, quatre ou cinq kystes du volume d'un œuf de poule, à parois très minces, transparentes, qui laissent couler un liquide sanguinolent, très foncé. Il est complètement impossible de pénétrer en avant ou sur les côtés du néoplasme : dans toute la partie sous-ombilicale, la tumeur est soudée intimement par un épais tissu fibreux à la paroi, sans aucun plan de clivage, comme si le tissu fibromateux de la tumeur avait envahi la paroi elle-même. On ne sait où se trouve la vessie, et une sonde introduite reste loin au-dessous de la région opératoire. On prolonge l'incision jusqu'au-dessus de l'appendice xiphoïde, et on met ainsi à découvert la face antérieure de l'estomac et le foie, seuls organes reconnaissables. Il devient alors possible de glisser la main sous le mésocôlon. Le côlon tranverse, dans toute son étendue, et l'épiploon, grisâtre, épaissi, dur, sont intimement soudés

à la tumeur. Avec la main qui est sous le mésocôlon, on décolle le gros intestin, sauf à sa partie moyenne. Il faut alors inciser, au-dessous de lui, l'épiploon, qui reste accolé dans sa totalité au néoplasme. Mais, en dégageant la partie moyenne du côlon transverse, nous y faisons une déchirure de 6 à 8 centimètres, qui est recousue aussitôt, par deux sutures de Lembert superposées. La main peut atteindre alors la partie latérale droite de la masse solide fibreuse, qui, comme nous l'avons dit, occupe la région droite de l'abdomen. Le ligament large de ce côté est sectionné entre des pinces. Du côté gauche, la tumeur est en connexion intime avec un énorme kyste à paroi épaisse, fibreuse, qui est en symphyse totale avec la paroi abdominale antérieure et latérale, avec quelques anses intestinales, et qui remonte jusqu'au contact de la rate. Nous ouvrons largement le kyste au bistouri : il en sort 8 litres d'un liquide sanguinolent, en même temps assez fortement teinté en jaune, comme biliaire. La partie inférieure et latérale du kyste est intimement fixée sur la tumeur fibreuse et le fond de l'utérus. Mais sa déplétion étant opérée, on peut distinguer l'ovaire gauche atteint de gigantisme, et la trompe : on sectionne alors le ligament large gauche. On sépare ensuite, au bistouri, la paroi du kyste du néoplasme fibreux.

Tout n'est pas ainsi terminé, car le fibrome est tellement soudé à la paroi antérieure de l'abdomen, qu'il fait absolument corps avec elle, dans toute la région sous-ombilicale. Nous essayons de les séparer au bistouri, mais on coupe un tissu très dur, comme squirrheux, et, ne pouvant savoir où est la vessie, nous nous arrêtons bientôt. Nous nous décidons à couper hardiment la tumeur transversalement à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, une sonde introduite dans la vessie ne s'élevant pas à cette hauteur. Les artères utérines sont pincées et liées. La tumeur solide enlevée, il reste dans le pelvis un moignon fibreux du volume du poing. Nous l'attirons en haut avec des pinces, et comme nous ne pouvons pénétrer en avant, ne sachant où est la vessie, nous cherchons, au toucher, dans la profondeur de la cavité pelvienne, le col et le cul-de-sac postérieur du vagin. Nous ouvrons ce dernier, et l'index accrochant le col, nous détachons circulairement le conduit vaginal ; puis, procédant de bas en haut, alternativement à droite et à gauche, nous coupons la base

des ligaments larges, rasant attentivement le col et les parois latérales du moignon. Nous basculons en avant, nous rasons également la face antérieure du moignon de bas en haut, et nous sommes assez heureux, quoique traversant partout un tissu fibromateux, pour ne pas ouvrir la vessie. Mais, sur la ligne médiane, nous en sommes approchés de si près, que dans l'étendue d'un travers de doigt, la paroi postérieure de ce réservoir est très mince comme membraneuse; aussi, nous jugeons à propos, le moignon enlevé, de rapprocher derrière lui les tissus fibreux voisins, à l'aide d'une suture continue à la soie.

Nous nous sommes débarrassés du fibrome : mais le kyste est resté intimement accolé aux parois antérieure et postérieure de l'abdomen. Deux mois avant l'entrée de la malade dans le service, une ponction de ce kyste avait été faite et avait donné issue à 12 litres d'un liquide sanguinolent. Il y avait eu une réaction assez vive, qui explique l'étendue et la dureté des adhérences. Par traction, par décollement avec les mains, par dissection au bistouri, nous parvenons laborieusement à dégager la poche.

Toilette de l'abdomen. Bourrage à la gaze iodoformée de la cavité pelvienne et du vagin ; drain dans le cul-de-sac postérieur et dans le flanc gauche, suture de la paroi. Puis, aussitôt le pansement fait, injection de 600 grammes de sérum salé et de caféine. L'opération a duré une heure. La malade est sortie guérie de l'hôpital, à la quatrième semaine.

Examen des pièces. — Le néoplasme est formé de deux parties : 1° une tumeur fibreuse; 2° un énorme kyste. La masse fibreuse a le volume d'une tête d'adulte et pèse 2 kilog. 400 grammes. Quand on en a pratiqué la section, on constate qu'elle est creusée à sa partie supérieure d'une cavité du volume du poing, contenant une matière grisâtre, gélatiniforme : sur la partie moyenne de ses faces latérales, s'insèrent les trompes saines et les ovaires, blanchâtres, durs et en état de gigantisme fibreux, puisqu'ils mesurent 8 centimètres transversalement. La cavité utérine est très agrandie, aplatie d'avant en arrière; sa paroi est épaisse de quatre travers de doigt; et, par sa section, on obtient quatre ou cinq géodes angulaires, aplaties, contenant un tissu grisâtre, gélatiniforme.

Le grand kyste a des parois fibreuses blanchâtres ressemblant extrêmement à celles d'un kyste ovarien ; mais, à l'intérieur, il est anfractueux, aréolaire, parcouru par des cordages fibreux et tapissé de dépôts membraniformes : il ressemble à un placenta décoloré et dégénéré, et ses cordages sont semblables à ceux des cavités d'un cœur hypertrophié.

Au point de vue anatomique, il s'agirait donc, dans notre seconde observation, d'un cysto-fibrome utérin, avec une grande cavité monokystique.

Observation XLI

Dans *Semaine gynécologique*, 1899, p. 261, ou *Bull. Soc. chirurg.*, Lyon, 1899, n. 5.

A propos de la communication de Chaudelux, Goullioud cite un cas d'occlusion intestinale post-opératoire dans fibromes inclus.

Il s'agit d'un fibrome intra-ligamentaire ayant dédoublé le mésentère de l'extrémité supérieure de l'intestin grêle. Après marsupialisation de la poche dédoublée, une partie de l'intestin grêle se trouvait tendue sur la partie du mésentère, fixée à la paroi et l'intestin se couda à ce niveau.

Observation XLII

In *Bull. Soc. chirurg.*, Lyon, 1899, n. 5.

M. le professeur Fochier rapporte le cas d'un fibrome intra-ligamentaire remontant jusqu'au rein, et, après ligature et section du pédicule pour éviter l'hémorragie opératoire, on a constaté une déchirure de la vessie qui fut d'ailleurs suturée. Mais, par suite du volume énorme de la tumeur qui avait décollé le péritoine sur une vaste étendue, il n'y avait pas de péritoine pour tapisser la fosse iliaque. La malade mourut probablement des suites de la déchirure vésicale.

Observation XLIII

Dr C. Jacobs (Bruxelles), *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique.*

Fibrome et grossesse.

Dernièrement se présentait à ma consultation une dame X..., âgée de 38 ans, mère de cinq enfants, dont l'état général était des plus misérables. Depuis quatre nuits, me raconta-t-elle, elle n'avait pas fermé l'œil à cause de douleurs intolérables dans le ventre et d'un besoin d'uriner qui lui faisait émettre 30 à 40 fois par heure quelques goutte d'urine. Le facies était terreux, pâle; elle marchait courbée en deux, se plaignant continuellement.

Depuis quatre mois, la menstruation a disparu sans qu'elle ait ressenti aucun des symptômes de début de ses grossesses précédentes. Depuis cinq jours le ventre a pris subitement un développement énorme. La peau de l'abdomen est tendue et luisante, surtout au voisinage de l'ombilic. Absence de lait dans les seins. La palpation du ventre décèle la présence dans l'abdomen de deux tumeurs nettement séparées; l'une, du volume d'un utérus à trois mois et demi environ de grossesse, est située dans la partie extrême gauche du grand bassin, écrasée entre le détroit supérieur, la paroi abdominale et l'autre tumeur; celle-ci, d'un volume énorme, remplit l'abdomen dans ses parties médiane et droite, dépasse l'ombilic et ne jouit d'aucune mobilité.

Immédiatement au-dessus du pubis, une troisième tumeur globuleuse, fluctuante et médiane ne peut être que la vessie démesurément développée. La vulve et le vagin sont cyanosés; le toucher donne comme renseignement un col très hypertrophié, ramolli, directement en rapport avec la première tumeur; il est très haut et très profondément situé. La situation de ces tumeurs apparut plus évidente encore lorsque nous eûmes sondé la malade, la sonde ayant expulsé environ trois litres d'urine.

Le diagnostic s'imposait; il s'agissait d'un cas de grossesse à trois mois environ avec fibrome énorme, à développement abdominal et en partie enclavé dans le bassin. La grossesse ne pouvait arriver à

terme, aussi engageâmes-nous la malade à se faire opérer le plus tôt possible.

L'opération (juin 1900) fut assez laborieuse, elle consista en l'hystérectomie abdominale totale, le gros fibrome, à développement en partie intra-ligamentaire, étant largement implanté sur la partie latérale droite de l'utérus ; les parois utérines présentaient de nombreux noyaux fibreux de différentes grosseurs. Suites opératoires : guérison sans incident.

Observation XLIV

Doléris, *La Gynécologie*, 1899, p. 501.

Fibrome inclus et grossesse. Hystérectomie. Enfant vivant. Guérison.

La nommée L..., femme Bail, 40 ans, journalière, m'est adressée par un confrère de province. Elle entre à la Maternité de l'hôpital Boucicaut, le 5 décembre 1898.

Elle a perdu sa mère âgée de cinquante ans ; son père à soixante-dix ans. Elle a un frère bien portant.

Elle n'accuse aucune maladie antérieure. Réglée à treize ans.

Elle s'est mariée de bonne heure et a accouché pour la première fois à dix-huit ans. Depuis, elle a eu deux autres grossesses normales. A l'âge de vingt-huit ans, elle a été opérée d'une hernie, à l'hôpital, à Necker, par le professeur Le Dentu.

Elle se dit enceinte de sept ou huit mois. Ses règles ont apparu, pour la dernière fois, en avril 1898. Jusque-là, elle voyait régulièrement ses menstrues abondantes, de cinq à six jours de durée et avançant régulièrement d'une semaine.

Depuis le début de la grossesse, elle ne cesse de souffrir. Son ventre a augmenté rapidement de volume. Depuis quelques semaines, les douleurs abdominales sont très vives : la malade ne peut ni dormir, ni se nourrir ; elle a beaucoup maigri et commence à s'affaiblir notablement. On l'envoie à l'hôpital, de crainte d'une fausse couche. Je constate, en effet, les signes d'une grossesse assez avancée. Le ventre est volumineux. L'utérus remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le fond en est assez régulier. L'organe est repoussé à gauche et, grâce à la souplesse de ses parois, sous les-

quelles se perçoivent aisément les mouvements actifs du fœtus, dont le dos est tourné à gauche (O. I. G. A.), on en peut aisément limiter le contour supérieur et le bord gauche.

Il n'en est pas de même du côté droit, qui est occupé par une tumeur qui se détache en relief de la surface utérine. Cette tumeur est bibolée ou plutôt réniforme. Sa partie supérieure occupe l'hypochondre, le flanc et l'hypogastre, sa partie inférieure plonge dans le grand bassin. On la perd dans la fosse iliaque droite. Son bord droit et convexe et se fond avec la ligne de relief de l'abdomen, sauf une encoche angulaire vers le point où l'extrémité supérieure se détache de la paroi utérine. Cette extrémité supérieure remonte presque au niveau du bord supérieur de l'utérus Son bord gauche interne est concave et le centre de cette concavité regarde, en haut et à gauche, la cicatrice ombilicale.

Son extrémité inférieure, plus exactement fusionnée avec le segment inférieur de l'utérus, échappe à la palpation. Au point de vue de la consistance, la tumeur est molle et comme diffluente dans sa partie inférieure. Sur toute la surface de la tumeur, le doigt perçoit une crépitation amidonnée, attribuée à des exsudats récents de péritonite localisée.

Je dois mentionner que l'extrême diffluence de la partie supérieure de la tumeur prêtait aisément à une confusion, et on eût pu, à un examen superficiel, se croire en présence d'un utérus bilobé, dont les deux cornes étaient occupées par l'œuf. Néanmoins, je préférais admettre un fibrome très ramolli ou même kystique.

La mensuration verticale de la tumeur donnait 24 centimètres jusqu'au rebord du grand bassin et transversalement, au niveau de l'ombilic 18 centimètres.

Par le toucher, on rencontrait aisément le col utérin, à peu près au centre de l'excavation, abaissé et de consistance molle A droite, on sentait poindre la saillie fibromateuse qui paraissait descendre fort peu au-dessous du niveau du détroit supérieur. La tête fœtale se percevait très haut vers la gauche. Elle n'était nullement engagée et, à tout prendre, la tumeur paraissait beaucoup plus près d'occuper l'excavation que la tête fœtale elle-même.

L'auscultation révélait les battements du cœur fœtal dans la ligne iléo-ombilicale gauche.

Ces constatations positives n'imposaient pas une intervention immédiate. Je décidai qu'on attendrait le terme de la grossesse pour intervenir, nonobstant l'état général assez déprimé et la douleur que la malade me paraissait beaucoup exagérer. Il n'était pas impossible que le travail s'effectuât spontanément et selon les données classiques.

La malade parut aller un peu mieux pendant les premiers jours de son séjour à la Maternité ; mais, à la fin de la première semaine, l'appétit était nul ; le peu d'aliments qu'elle prenait étaient rendus ; la douleur étaient devenue intolérable et apparaissait, la nuit surtout, sous forme de crises paroxystiques qui lui faisaient pousser des cris perçants. Les injections de morphine ni l'antipyrine ne réussissaient point à les calmer. Elle maigrissait visiblement. La constipation était persistante, l'alimentation quasi nulle. Le facies prenait un teint jaunâtre et émacié.

Par ailleurs, la tumeur augmentait rapidement de volume et atteignait maintenant les fausses côtes. J'attendis encore une semaine ; mais la situation restant la même malgré les injections de sérum, et jugeant d'ailleurs que le fœtus était largement viable, je me décidai à opérer.

La malade fut chloroformisée le 15 décembre. Sous le chloroforme, je pus compléter les premières constatations et préciser quelques détails. Je constatai que l'excavation était vide ; en outre, que, sous la paroi abdominale très tendue, se dessinaient nettement deux tumeurs, une à droite, le fibrome oblique de dehors en dedans ; une à gauche, l'utérus, également oblique mais en sens inverse. L'extrémité de la tumeur arrondie maintenant, dépassait les fausses côtes. En quinze jours cette tumeur avait donc notablement augmenté de volume. Entre ces deux masses, au niveau de l'ombilic, existe une dépression peu profonde. On sent toujours les mouvements actifs du fœtus du côté gauche. La sensation de fluctuation a tellement augmenté du côté droit, que je suis sur le point de modifier le diagnostic anatomique. Je le maintiens cependant, en raison de la différence de consistance d'un côté à l'autre, de l'attitude déjetée du fœtus, de la ligne de démarcation beaucoup plus nette entre les deux tumeurs dans leur partie inférieure, de la sensation fournie par le toucher, et

enfin à cause des anamnestiques précis révélant les ménorrhagies caractéristiques de la fibromatose.

Incision de la paroi abdominale, de l'ombilic au pubis. La paroi utérine est immédiatement visible. Il est impossible de redresser l'utérus. J'incise sa paroi et je tombe sur le placenta, que je déchire rapidement de haut en bas. Extraction du fœtus vivant qui pèse 2.110 grammes. Une ligature compressive élastique a été jetée autour du segment inférieur de l'utérus. Section et ligature des annexes, section du pédicule utérin aussi bas que possible, après l'énucléation de la partie légèrement enclavée de la tumeur, le tout avec le thermocautère ; deux ligatures vasculaires sur les parties latérales du moignon ; large cautérisation du conduit cervical. Nettoyage de la cavité pelvienne.

Une broche est placée temporairement en travers du pédicule. Suture au catgut du péritoine et de la couche musculo-aponévrotique. Suture au crin de Florence pour le restant de la paroi.

L'opération a duré, en tout, 50 minutes. Suites normales. Les trois premiers jours, la température vespérale a atteint 38° et 38,4, le pouls à 104. Pouls et température sont redescendus à la normale dès le quatrième jour.

Examen de la pièce. — Son poids total est de 2.160 grammes, le fibrome énucléé pesait 1.510 grammes, son siège est intramural. Il est logé dans l'épaisseur même de la paroi antéro-latérale du fond, du corps et de l'isthme utérins, il fait une saillie régulièrement hémisphérique, à la surface interne de l'utérus maintenant vide et revenu sur lui-même.

Le placenta était inséré, partie sur la paroi antérieure de l'utérus, partie sur la tumeur ; les annexes droites sont implantées très haut, directement sur le fibrome ; les annexes gauches sont situées beaucoup plus bas et implantées normalement sur la corne utérine.

La coupe de la tumeur offre l'aspect le plus singulier, c'est une vraie bouillie rougeâtre, lie de vin, où les fibrilles du tissu fibromateux sont infiltrées par de vastes infarctus sanguins diffusés dans des espaces lacunaires, sous l'aspect de gelée de groseille ; par places, de vrais caillots noirâtres. Au centre, vastes hématomes, contenant une bouillie plus fluide A la périphérie, le tissu est compact et parsemé de foyers apoplectiques.

Cet examen donnait la clef des sensations perçues : fausse fluctuation et crépitation fine sous le doigt. Il s'agissait bien d'un fibrome ramolli par des hémorrhagies interstitielles, forme rare qui permettait d'expliquer l'accroissement rapide du volume de la tumeur, et les violentes douleurs ressenties par la malade.

L'enfant, peu développé, quoique assez vivace en apparence, succomba subitement dans la soirée du jour même de l'opération.

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE

Ecrire l'histoire clinique des fibromes intra-ligamentaires, semble au premier abord une besogne bien inutile. Leurs symptômes, me direz-vous, sont ceux de tous les corps fibreux de l'utérus, auxquels l'examen physique vient ajouter quelques renseignements sur leur siège. Cette opinion est loin d'être exacte. Les signes fonctionnels qui appellent l'attention de la malade ne sont plus les mêmes, en général. De l'étude de nos observations, il ressort en effet que :

La femme atteinte d'un fibrome inclus, neuf fois sur dix ne vient pas vous consulter pour des pertes hémorrhagiques ou leucorrhéïques. Elle ne se plaint pas de coliques ou de douleurs expultrices.

Elle vient vous demander un conseil ; car elle s'est aperçue qu'elle porte dans son ventre une grosseur (obs. XXXVI, XXXVII, etc.), le plus souvent dans une des fosses iliaques. Ou bien encore elle vient parce qu'elle souffre d'une sciatique, plus fréquemment parce qu'elle éprouve des troubles urinaires.

Que devient le « syndrôme utérin » de Pozzi lorsque le fibrome est bien intra-ligamentaire, lorsqu'il n'y a pas d'autre tumeur fibreuse sous la muqueuse utérine ?

D'après Perrot, « pertes sanguines, puis blanches avec cessation des hémorrhagies, tel est le caractère de l'écoulement utérin dans le cas de fibromes qui s'éloignent de la cavité de l'utérus ». Dans quelques cas, ce cycle symptomatique est vrai; mais que de fois il s'éloigne de la vérité ! Remarquons tout d'abord qu'on chercherait en vain la succession des ménorrhagies et des métrorrhagies dans les fibromes intraligamen-

taires. Une fois encore, je le répète, il s'agit des cas où il n'existe pas d'autre corps fibreux. Nous trouvons très rarement les ménorrhagies, encore moins souvent les métrorrhagies signalées dans nos observations. Les règles sont normales dans notre observation VIII; jamais d'hémorrhagies dans l'observation XXXIII, les règles ont diminué dans les observation IX et XXXIV. Bien plus, elles ont disparu depuis deux ans chez la malade que j'ai eu l'occasion de suivre avec mon ami Verdelet. Il serait facile de multiplier les exemples pour se convaincre du peu d'importance que jouent les hémorrhagies dans le tableau clinique de beaucoup de fibromes inclus.

Du reste, nous ne voyons jamais signalé, chez les personnes atteintes de corps fibreux intra-ligamentaire, cet état d'anémie avancé avec troubles cardiaques, essoufflement, teint cireux qu'on rencontre souvent dans les cas de fibromes interstitiels ou sous-muqueux.

La *leucorrhée* est signalée un certain nombre de fois; mais nulle part nous ne trouvons de pertes séreuses abondantes, de véritable *hydrorrhée*.

La *douleur* consiste le plus souvent dans une sensation pénible de pesanteur, accrue par la marche (obs. XV), qui ne disparaît parfois que dans le décubitus horizontal; chez une de nos malades, elle ne cessait que lorsque celle-ci se mettait à plat ventre. Le plus souvent il existe des tiraillements dans la région lombaire. Parfois une des fosses iliaques est douloureuse; nulle part nous ne trouvons signalées ces coliques utérines, véritables tranchées, que l'on rencontre dans certaines affections de l'utérus. Mais, à côté de ces douleurs que je qualifierai de douleurs utérines, il en est de beaucoup plus pénibles, beaucoup plus rebelles, je veux parler de celles qui résultent de la compression exercée par le fibrome sur les nerfs et viscères contenus dans le bassin. Nous y reviendrons plus loin.

Et maintenant nous pouvons répondre à cette question : que devient le syndrome utérin? On voit combien son importance est amoindrie dans les cas de fibromes inclus. Mais il est d'autres troubles fonctionnels qui jouent un rôle beaucoup plus

considérable dans le tableau clinique de ces corps fibreux. Ce sont les troubles de compression; nous allons les passer en revue.

La *vessie,* avons-nous dit, est comprimée, aplatie, souvent même allongée. Il en résulte des troubles. La pollakiurie est un symptôme que l'on rencontre souvent. Chez une malade dont nous rapportons l'observation (obs. XXXIV) les envies d'uriner l'obligeaient à se lever deux puis quatre fois par nuit; chez celle de Pozzi (obs. VI) le moindre mouvement dans la station debout lui donnait envie d'uriner. La dysurie est signalée plusieurs fois. La rétention d'urine a persisté plusieurs jours dans quelques cas (obs. III). La malade de l'observation XXXIV pissait parfois très abondamment; elle avait de vraies débâcles urinaires. Pollakiurie et rétention d'urine sont les deux grands symptômes de compression de la vessie. A une période avancée, il faut y joindre de la cystite, peut-être même de la cystite membraneuse, si bien étudiée par Guyon.

La compression de l'uretère se traduit soit par des symptômes d'hydronéphrose soit, plus souvent, par des troubles d'urémie. Cet empoisonnement urémique peut revêtir la forme aiguë ou la forme chronique. La dernière est la plus fréquente. Nous ne pouvons reprendre ici l'étude fort intéressante des troubles rénaux dans les fibromes utérins. Signalés par Pozzi, Hanot, ils ont fait l'objet de nombreux travaux; un des plus récents est celui de Hubert (1). Tantôt cette urémie chronique se traduit par la présence d'une faible quantité d'albumine, tantôt elle s'accompagne de signes du brightisme, vertiges, céphalées, troubles oculaires, troubles respiratoires et digestifs, etc. La présence de ces derniers doit être recherchée attentivement. Leur découverte, bien plus que celle de l'albumine, assombrit le pronostic. C'est qu'en effet plus d'une fois une intervention chirurgicale pratiquée chez ces malades, devenues des brightiques, a provoqué des accidents mortels. L'albumine seule, sans signes de brightisme, est au contraire une des indications for-

(1) Hubert, Thèse de Bordeaux, 1899.

melles de l'opération ; elle disparaît lorsque l'uretère n'est plus comprimé.

Je n'insisterai pas longuement sur les troubles qui résultent de la compression du rectum. Constipation quelquefois légère, surtout au début, opiniâtre dans bien des cas, tel est le principal symptôme révélateur de cette compression rectale que nous retrouvons dans bon nombre d'observations. Cette constipation peut persister longtemps sans déterminer de troubles digestifs ; d'autres fois, elle provoque une véritable intoxication, coprémie signalée par Barnes dès 1876. Plusieurs cas d'occlusion intestinale aiguë ont été rapportés. Enfin, signalons comme conséquence de cette compression du rectum, la présence d'hémorrhoïdes (Obs. XX).

Les vaisseaux du petit bassin peuvent à leur tour être comprimés. Nous n'avons trouvé nulle part de renseignements sur les modifications artérielles. Il serait intéressant, et nous avons l'intention de le faire si l'occasion se présente, de prendre quelques tracés sphygmographiques des artères des membres inférieurs. Lorsque le fibrome est unilatéral, il doit exister souvent une différence de tension artérielle entre les vaisseaux des deux côtés. L'unilatéralité des troubles de compression est, en effet, un des principaux caractères des fibromes intra-ligamentaires. La compression des veines iliaques est plus facile à déceler. L'enflure et les dilatations veineuses des membres inférieurs suffisent pour les révéler. Lorsque l'œdème est bi-latéral, il faut toujours vérifier s'il ne dépend pas d'une altération rénale ou cardiaque. La phlébite est signalée dans plusieurs de nos observations.

Les névralgies crurale et sciatique, les fourmillements dans les membres inférieurs, les troubles de la sensibilité cutanée sont des témoins incontestables des compressions nerveuses. Ces troubles peuvent persister quelquefois pendant un certain temps après l'opération, lorsque ces nerfs ont été comprimés longtemps et énergiquement. Les névralgies sont parfois tellement atroces qu'elles conduisent les malades à l'usage immodéré de la morphine. Elles ne tardent pas à provoquer chez elles des

troubles nerveux très variés. Un des plus curieux est certainement celui rapporté par Keiffer, d'une diarrhée rebelle, d'origine nerveuse et ne ressemblant à aucune entérite connue (1). Je n'insisterai pas sur les modifications fréquentes du caractère.

Les fibromes intra-ligamentaires, comme les autres corps fibreux de l'utérus, peuvent retentir sur le cœur (2). Lorsqu'ils sont volumineux, ils gênent la respiration.

Tel est, dans son ensemble, le tableau des symptômes fonctionnels, troubles utérins et troubles de compression, des organes de voisinage. Diversement associés, ils peuvent nous faire songer, joints à l'évolution de la maladie, à un corps fibreux de l'utérus et même à un corps fibreux enclavé dans le bassin. Mais aucun d'eux n'est pathognomonique. Ce n'est pas dans l'interrogatoire de la malade qu'il faut chercher le réactif propre du fibrome intra-ligamentaire. Et cependant l'étude des troubles de compression constitue un des éléments les plus sérieux de cet ensemble symptomatologique, grâce auquel nous pourrons affirmer l'inclusion.

Les signes physiques, dont plusieurs sont constants, présentent cependant des nuances très distinctes. Pelvien toujours, le fibrome inclus, devenu plus volumineux, est souvent abdomino-pelvien. Tumeur parfois étroitement soudée à l'utérus, elle lui est reliée quelquefois par un pédicule très grêle. Parfois calcifié, parfois œdémateux, le fibrome intra-ligamentaire nous donnera à la palpation des renseignements bien différents. Aussi nous pardonnera-t-on de fréquentes restrictions.

A l'inspection, l'abdomen paraît augmenté de volume dans le cas de tumeur volumineuse. Il est surtout déformé; il n'est pas rare de voir une saillie latérale, au niveau d'une fosse iliaque. On trouve signalée souvent une augmentation dans le sens transversal. Mais cet élargissement n'est pas régulier, le ventre n'est pas étalé comme dans l'ascite. Nulle part, nous n'avons vu

---

(1) Keiffer, Fibromes utérins et altération psychique et intestinale, *Bul. Soc. belge gynéc. et obstét.*, 1900.

(2) Clavé, Thèse de Bordeaux, 1899.

signalés l'œdème de la paroi ou la dilatation des vaisseaux veineux.

La palpation permet de révéler une tumeur latérale ou latéro-médiane située dans la cavité pelvienne. Cette tumeur, de consistance dure, fibreuse, revêt des dimensions très variables. N'atteint-elle pas l'ombilic et même l'hypochondre droit ou gauche dans plusieurs observations? Parfois, elle est cantonnée à une des fosses iliaques; parfois, elle occupe tout le bassin. Tantôt elle est lisse, tantôt elle est bosselée; rarement douloureuse à la palpation. Un des principaux caractères révélés par le palper abdominal est l'immobilité presque absolue de la tumeur; c'est là un très bon signe. Et, en présence d'un fibrome fixé, immobile, il faut toujours songer soit à des adhérences, soit à l'inclusion s'il n'y a pas eu de poussées inflammatoires antérieures. La consistance est très variable et, à côté de la tumeur fibreuse, il y a celle qui présente la dureté de la pierre (obs. XXI, XXXIX) il y a celle qui présente la mollesse, presque la fluctuation (obs. III, fibrome mou, œdémateux). Lorsqu'il existe plusieurs corps fibreux dont l'un est inclus, ce dernier se distinguera par l'absence de mobilité (obs. XXXIV).

La percussion nous révèlera la matité de la tumeur. Combinée à la palpation, elle nous montrera l'absence d'ascite.

Le toucher vaginal n'est pas toujours facile : les fibromes intra-ligamentaires se développent fort bien chez des jeunes filles vierges (obs. XXXIV). On trouve souvent le col remonté, quelquefois il est inaccessible (obs. XXXVI). Dans le cas de tumeur unilatérale de volume moyen, un cul-de-sac latéral est comblé, de même une partie des culs-de-sac antérieur et postérieur; le reste est libre. La tuméfaction que l'on rencontre par le toucher est dure, indolore (sauf lorsqu'il existe concomitamment une annexe prolabée) de même consistance que la tumeur abdominale (obs. XX) tous les culs-de-sac sont remplis.

La combinaison du toucher vaginal avec le palper abdominal nous donne des renseignements précieux sur les connexions de la tumeur et de l'utérus. Au cas de fibrome sessile, les mouvements imprimés à la tumeur abdominale se transmettent inté-

gralement au col. Si le corps fibreux est pédiculé (obs. III, XVI) la tumeur paraît presque indépendante de la matrice. Rappelons un détail important et qui, malheureusement, enlève un peu de valeur à cet examen combiné abdomino-vaginal, si précieux ; c'est la mobilité très restreinte du fibrome lorsqu'il est bien enclavé.

L'hystérométrie de parti pris n'est jamais pratiquée par quelques chirurgiens distingués. Pour eux, elle est inutile et dangereuse ; inutile, car le fibrome nous arrête le plus souvent et, d'autre part, un kyste de l'ovaire peut, en remontant, attirer l'utérus et augmenter sa cavité ; dangereuse par l'infection qu'elle peut amener ou par les suites abortives qu'elle entraîne parfois, au cas de grossesse. Nous ne voulons pas condamner l'hystérométrie ; pratiquée avec asepsie chez une femme bien réglée, elle sera précieuse lorsqu'elle montrera un agrandissement de plusieurs centimètres de la cavité utérine. Il n'y a qu'un fibrome pour augmenter de 4 ou 5 centimètres un utérus non gravide.

Malheureusement, dans toutes nos observations, l'hystérométrie est restée sans résultats. Souvent le cathéter a été arrêté, et lorsqu'il a donné des résultats, c'est une longueur de 7 cent., 7cm5 qu'il nous a montré. Ceci s'explique ; les fibromes intra-ligamentaires à développement excentrique, quelquefois en connexion très étroite avec le corps utérin, ne déterminent pas toujours une hypertrophie notable de l'utérus. En résumé, l'hystérométrie pourra être parfois précieuse ; très souvent elle ne nous donnera aucun résultat. On doit la pratiquer ; mais ne pas insister si elle est difficile.

Le toucher rectal nous permettra le plus souvent d'explorer la tumeur lorsqu'elle fait saillie en arrière. Mais il est un mode d'exploration, dont Ch. Perrot a signalé, avec juste raison, l'importance et sur lequel nous ne saurions trop insister au cas de fibrome intra-ligamentaire : c'est le cathétérisme de la vessie. On trouve en effet, dans nos observations, plusieurs fois la vessie sectionnée ou déchirée par arrachement. C'est qu'en effet sa topographie est considérablement modifiée, comme nous

l'avons vu au chapitre de l'anatomie pathologique, et le chirurgien qui va tenter l'extirpation d'un fibrome utérin inclus ne saurait avoir trop de renseignements sur le degré d'allongement du réservoir vésical. Plusieurs fois pratiqué avant l'opération, chez les malades dont nous rapportons les observations, il a permis dans un cas (Obs. XXXV) de montrer que la vessie, soit distendue, soit incomplètement vidée, remontait jusqu'au niveau de l'ombilic et paraissait fixée dans cette position.

L'examen d'une malade atteinte de fibrome intra-ligamentaire dans la position renversée, ainsi que le pratiquent Hartmann, Jayle, etc., démontrera, plus que dans tout autre cas de tumeur fibreuse de l'utérus, la fixation de ce corps fibreux dans la cavité pelvienne. C'est peut-être là un excellent signe sur la valeur duquel nous ne pouvons encore nous prononcer.

Nous voyons ainsi que l'examen de l'abdomen et de la cavité pelvienne, dans le cas de fibrome intra-ligamentaire, nous démontrera la présence d'une tumeur fibreuse en connexion avec l'utérus, à développement transversal, tumeur presque totalement immobilisée dans le bassin, et comprimant, lorsqu'elle atteint un certain volume, le rectum et la vessie, ainsi que le démontrent le toucher rectal et le cathétérisme vésical.

Cet examen nous permettra également de diagnostiquer la présence d'autres tumeurs (fibromes utérins interstitiels, kystes de l'ovaire, etc.).

Il nous donnera parfois de précieux renseignements sur la bilatéralité de l'inclusion et sur l'état des annexes. Enfin, il doit toujours être complété par l'examen des autres appareils, respiratoire, digestif, circulatoire, urinaire et nerveux, dont les lésions constituent quelquefois de véritables contre-indications opératoires (1).

Abandonnés à eux-mêmes, que deviennent les fibromes intra-ligamentaires? Ils peuvent rester stationnaires pendant très longtemps et alors deux cas se présentent : ils exercent ou non des troubles de compression. Dans le premier cas, la persistance

---

(1) Verdelet, *Revue gynéc., obst. et pæd. de Bordeaux*, 1899.

de ces troubles compressifs finira par altérer les organes comprimés et retentir même sur ceux qui leur sont physiologiquement unis; la compression de l'uretère n'amène-t-elle pas l'altération du rein situé au-dessus de lui ? Dans le second cas, la tumeur, demeurée stationnaire, peut ne jamais provoquer d'accident.

Si le fibrome progresse, il peut le faire lentement pendant des années, déterminant des troubles fonctionnels variables avec le siège et le volume de ce corps fibreux. Dans d'autres cas, c'est un myome resté stationnaire pendant des années (six ans dans obs. XXXV) qui, dans l'espace de quelques mois, atteindra un volume considérable, provoquant de graves désordres. Par son développement rapide, le fibrome inclus déterminera des poussées inflammatoires du côté du péritoine. La malade pourra succomber au cours d'une de ces péritonites. Si elle guérit, elle conservera des douleurs survenant par intervalles dans l'abdomen; elle sera exposée à des troubles de la circulation intestinale ; bientôt apparaîtra un œdème progressif des membres inférieurs.

Je n'insisterai pas sur les troubles résultant de la transformation maligne des fibromes inclus (cachexie, adénopathies, marche rapide, etc.). Quant aux transformations septiques, inflammation et gangrène, qui permettent parfois l'élimination de corps fibreux par le vagin, elles n'ont ici d'autre résultat que d'amener une péritonite mortelle.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Lorsqu'un fibrome inclus se présente avec ses caractères de tumeur franchement utérine, de consistance fibreuse, à développement transversal; lorsqu'elle est fixée dans le bassin, déterminant des troubles de compression que nous avons décrits, il est facile de porter le diagnostic de fibrome utérin intra-ligamentaire; malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Le chirurgien aura plusieurs questions à se poser :

1° Suis-je en présence d'un fibrome utérin?

2° Est-il inclus ou enclavé et fixé par adhérence? Quelles sont ses connexions avec l'utérus? Est-il unique, etc.?

3° Quelle est l'étendue des lésions des organes voisins et éloignés?

Empressons-nous de dire que dans beaucoup de cas le diagnostic d'inclusion ne sera porté qu'au cours de l'opération. « La main, introduite dans l'abdomen, sent que la tumeur adhère au plancher pelvien », nous dit Lassalle. Il serait plus exact de dire qu'elle est immobilisée dans le bassin; car ce ne sont pas les adhérences qui empêchent le chirurgien d'attirer la tumeur fibreuse hors de la cavité abdominale. C'est la séreuse péritonéale qui le fixe dans la cavité pelvienne; les adhérences peuvent exister, mais pas forcément. Si on les détruit, le fibrome reste fixé. Un meilleur signe est l'effacement des culs-de-sac; mais le symptôme le plus sûr est la présence d'une enveloppe péritonéale qu'on peut faire glisser avec le doigt à la surface de la tumeur utérine, sauf dans le cas où le fibrome a déterminé des inflammations du péritoine. C'est là une petite manœuvre qu'on ne doit jamais oublier de pratiquer toutes les fois que la

tumeur ne se laisse pas attirer facilement au dehors. Je l'ai toujours vu exécuter par mon maître, M. le professeur Demons. Elle permet de poser rapidement le diagnostic d'inclusion.

Avant l'opération, le chirurgien devra essayer de résoudre les divers problèmes signalés plus haut.

1° Tout d'abord il aura à répondre à cette question : est-ce un fibrome utérin? Les difficultés ici proviennent de l'absence fréquente des troubles de la menstruation et surtout de cette succession des ménorrhagies et des métrorrhagies, si caractéristique des corps fibreux sous-muqueux; elles viennent encore du peu de résultats que donne souvent l'hystérométrie. Quelles sont les affections avec lesquelles on peut confondre un fibrome intra-ligamentaire?

Citons tout d'abord, pour l'éliminer rapidement, le *fibrome de la paroi* abdominale, qui, dans quelques cas, présente des adhérences avec le péritoine. L'erreur n'est pas de longue durée pour le chirurgien qui songe à cette affection. La tumeur est mobile ou non suivant que la paroi est contractée ou non. Le toucher vaginal montre que ce fibrome est complètement indépendant de l'utérus.

Les affections des organes abdomino-pelviens sont autrement difficiles à distinguer du fibrome intra-ligamentaire.

Lorsque ce dernier est pelvien, qu'on le décèle surtout par le toucher vaginal, il peut être pris pour une *hématocèle,* des restes de *pelvi-péritonite* ou une *annexite*. Je ne parle pas des inflammations aiguës, phlegmons, etc., que seuls les phénomènes généraux et la marche suffisent à différencier. L'*hématocèle* a un début beaucoup plus brusque; lorsque les accidents aigus ont cessé, elle s'organise et présente au toucher une consistance très variable, on trouve des parties dures, d'autres molles, d'autres enfin qui crépitent; la tuméfaction est surtout postérieure tandis que, dans le fibrome inclus, elle est plutôt latérale; enfin, dans l'hématocèle, lorsqu'on peut saisir l'utérus, on le trouve remonté, aplati contre le pubis, sans connexion étroite avec la tuméfaction postérieure. La *pelvi-péritonite* chronique succède à des poussées inflammatoires aiguës; ses lésions sont

plus diffuses, elle accompagne des inflammations utérines ou annexielles. *L'oophoro-salpingite* ne donne pas au toucher la consistance dure du fibrome, elle est souvent fluctuante, toujours douloureuse, ses limites sont moins définies; il existe un sillon de séparation avec l'utérus; il y a parfois de la fièvre; dans quelques cas, le diagnostic sera impossible à faire avec un fibrome pelvien peu volumineux, surtout si l'hystérométrie et l'histoire de la maladie ne donnent pas d'indications.

Dès que le fibrome inclus constitue une tumeur aisément reconnaissable par le palper abdominal, il peut être confondu avec :

α) Une tumeur de l'os iliaque.

β) Une tumeur de l'ovaire.

γ) Une tumeur du ligament large proprement dit.

δ) Une grossesse.

α) *Les tumeurs de l'os iliaque* ou du bassin sont intimement soudées au squelette et ne présentent pas de connexions avec l'utérus. Mais il est des fibromes inclus, calcifiés, qui peuvent adhérer au squelette pelvien (cas de H. Duret, obs. XVI) et plusieurs ont été pris pour des ostéo-sarcomes pelviens. On comprend, dans ce cas, toute l'importance qu'il faut attacher à l'examen par le palper combiné au toucher; on comprend également la valeur des troubles hémorrhagiques de l'utérus. Le moindre symptôme utérin doit éveiller l'attention du chirurgien. Ajoutons que les fibromes calcifiés de l'utérus évoluant lentement, chez des femmes âgées, ont une consistance très dure et peuvent se révéler par l'expulsion de calculs utérins ou par la présence de ces calculs qu'on rencontre avec le doigt ou la sonde (1).

β) *Les tumeurs solides et liquides de l'ovaire* peuvent également être confondues avec un fibrome inclus. — N'avons-nous pas rapporté l'observation d'une malade opérée par M. le professeur Demons et qui portait un fibrome œdémateux, franchement fluctuant? (obs. III). L'erreur n'a-t-elle pas été commise par

---

(1) Guibé, thèse de Paris, 1901.

Tédenat (obs. VIII). N'y a-t-il pas des fibromes kystiques (obs. XL). — Les *kystes ovariens, para-ovariens, kystes dermoïdes inclus* dans le ligament large, les *tumeurs enkystées des trompes,* présentent néanmoins, dans la plupart des cas, une mollesse et une fluctuation bien différentes de la dureté du fibrome inclus. — Bien qu'ils déterminent quelquefois des hémorrhagies utérines, ils retentissent moins souvent que les fibromes sur la muqueuse de l'utérus. — S'ils provoquent une augmentation de la cavité de cet organe, cet agrandissement est toujours très limité. — Enfin ils ont avec l'utérus des connexions beaucoup moins étroites que les fibromes intra-ligamentaires. C'est également ce dernier signe joint souvent à l'ascite qui permettra de séparer les *fibromes* et *fibro-sarcomes de l'ovaire* des corps fibreux inclus de l'utérus. — Les *tumeurs malignes des ovaires* déterminent de l'œdème des membres inférieurs comme les myomes intra-ligamentaires; mais elles ont une marche plus rapide et s'accompagnent d'œdème et de dilatations veineuses de la paroi; la cachexie est précoce.

γ) *Les tumeurs du ligament large* proprement dit, ne sont pas rares. Depuis le travail de Sanger [1], on ne compte plus les observations de tumeurs primitives du ligament large. Récemment Axel [2] n'a-t-il pas décrit des *fibro-sarcomes* du ligament large sans relation avec l'utérus? Les observations de *fibrome* pur ne sont pas très rares. Parmi les kystes du ligament large, les *kytes hydatiques*, bien étudiés par M. le professeur Boursier [3], déterminent des troubles de compression analogues à ceux que produisent les fibromes inclus; ils sont quelquefois tellement tendus que la tumeur rénitente a pu être prise pour une tumeur solide (cas de Pousson). — Les tumeurs primitives du ligament large, tant solides que liquides, se caractériseront par leur mobilité un peu plus grande et par l'étroitesse de leurs connexions avec l'utérus. — Il ne sera pas facile de les

---

(1) *Archiv. f. Gynæk.*, 1886.

(2) Axel R., *Monaschrift f. Geburtshulfe ü Gynæk.* Limmel, Bd. XI.

(3) A. Boursier, 13e Congrès sciences médicales, Paris.

différencier d'un fibrome intra-ligamentaire à pédicule grêle; même après l'ouverture de l'abdomen, il persistera parfois de l'hésitation entre un fibrome primitif du ligament large et un corps fibreux inclus pédiculé (obs. de Pozzi).

δ) La *grossesse* au début pourra être une cause d'erreur. Elle le sera surtout lorsqu'elle s'accompagnera de *latéroversion* (Segond) (1) ou de *latéroflexion* (Varnier-Routier) (2) et (3).

La suppression des règles, la modification des seins, les troubles sympathiques du côté des systèmes nerveux et digestifs, le ramollissement du col devront faire penser à la grossesse, et le chirurgien devra se résoudre à une sage expectation qui permettra bien vite de dissiper les doutes.

La *grossesse extra-utérine* est plus difficile à différencier; elle présente souvent une tumeur de consistance dure et s'accompagne de pertes hémorragiques. Pour Pilliet, le sang du fibrome est un sang pur; le sang de la grossesse extra-utérine est, au contraire, noir, en caillots, renfermant des villosités choriales atrophiées ou myxomateuses. Il est un cas dans lequel les anamnestiques seuls pourront éclairer le diagnostic. C'est dans la grossesse extra-utérine *intra-ligamentaire* avec fœtus mort (4).

A mesure que nous avançons, nous voyons les causes d'erreur se multiplier. Il ne faudrait pas en conclure que le diagnostic du fibrome intra-ligamentaire soit impossible. Il a été fait souvent avant l'opération. Il est certainement plus difficile que celui d'un corps fibreux sous-muqueux, car les troubles fonctionnels de l'utérus sont beaucoup plus accentués dans ce dernier cas. Dans notre étude du diagnostic, nous n'avons pas donné une grande place à la succession des ménorrhagies et des métrorrhagies, nous avons laissé un peu dans l'ombre l'agrandissement de la cavité utérine; car ces deux symptômes ne sont pas constants. Mais lorsqu'ils existent, lorsque la tumeur fait corps

(1) Segond, Communic. Soc. gyn. et pædiatrie de Paris, 7 déc. 1900.

(2) Varnier, *Annales gyn.*, Paris, février 1901.

(3) Routier, Soc. gynéc., Paris, 14 janv. 1901.

(4) Lemercier, Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine intra-ligamentaire, Th. de Paris, 1901.

avec l'utérus, lorsqu'elle présente une consistance manifestement fibreuse, le chirurgien n'aura aucun doute sur la nature de la tumeur qu'il examine.

2° Nous sommes en présence d'un corps fibreux. Est-il inclus? La précocité des troubles de compression, l'immobilité de la tumeur sans qu'il se soit produit d'inflammations péritonéales partielles ou généralisées, constituent deux bons signes. Une tumeur fibreuse, fixée par des adhérences, pourra prêter à confusion ; mais en général elle n'amènera pas de troubles de compression aussi précoces, et avant d'être ainsi immobilisée elle aura dû être pourvue d'une certaine mobilité, jusqu'à ce que la malade ait eu des coliques, des vomissements, de la fièvre parfois. L'examen de l'abdomen permettra quelquefois, dans le cas de tumeur adhérente, de trouver des frottements péritonéaux, plus souvent des points douloureux bien limités. Enfin le développement du fibrome inclus, surtout pelvien, son siège latéral, au moins au début, les renseignements que donne le toucher, seront parfois d'une grande utilité pour préciser le diagnostic.

Le fibrome inclus est-il unique ou s'accompagne-t-il d'autres corps fibreux utérins? C'est là un problème dont la solution sera résolue, surtout après la laparotomie. Cependant, l'existence d'hémorrhagies abondantes pourra faire supposer un fibrome sous-muqueux ; la coexistence de tumeurs utérines de consistance fibreuse et beaucoup plus mobiles permettra de deviner l'existence d'autres fibromes. La solution de ce problème mérite qu'on s'y arrête, car le chirurgien aura à tenir compte de la multiplicité des tumeurs, au cours de son intervention : c'est ainsi que la myomectomie sera contr'indiquée dans un utérus farci de corps fibreux.

De même, la recherche des connexions d'un fibrome inclus avec l'utérus, aux dépens duquel il s'est développé, n'est pas dépourvue d'intérêt. Si la tumeur est reliée par un pédicule, elle pourra être extirpée sans qu'on ait recours à l'hystérectomie ; dans le cas contraire, il ne faut pas songer, comme nous le verrons, à conserver l'utérus sous peine de s'exposer à des accidents sérieux. Lorsque la tumeur jouit d'une certaine mobilité,

lorsque les mouvements qu'on lui imprime se transmettent difficilement au col utérin, on peut presque affirmer qu'elle est reliée à l'utérus par un pédicule grêle.

Enfin, je n'insisterai pas longuement sur le diagnostic des transformations des fibromes inclus. Les modifications dans la consistance de la tumeur, les changements brusques survenus dans son évolution, les troubles de l'état général suffisent ordinairement pour établir la possibilité d'une transformation, bénigne ou maligne. Le fibrome mou et le fibrome calcifié prendront une consistance toute particulière.

3° Avant de s'armer du bistouri, le chirurgien ne devra pas oublier de se rendre compte de l'état des organes voisins et éloignés de l'utérus. Nous avons insisté, au chapitre de la symptomatologie, sur l'utilité de pratiquer le cathétérisme vésical afin de se rendre compte du siège de cet organe, de sa direction, de sa longueur; du reste les troubles de la miction suffiraient parfois, à eux seuls, pour donner l'éveil.

L'état des reins n'est pas à négliger et l'examen des urines doit toujours être pratiqué. La présence de l'albumine est souvent une indication opératoire, quelquefois une contre-indication. Je veux parler des cas dans lesquels il existe également des signes de brightisme. Le sucre dans les urines doit faire renoncer à toute opération.

Quant aux inflammations des annexes, elles ne sont pas toujours faciles à déceler. Cependant, plusieurs fois, on a pu les découvrir par le palper abdominal combiné au toucher vaginal. C'est surtout après la laparotomie qu'on pourra se rendre compte de l'état des ovaires et procéder ou non à leur extirpation.

Le cœur (1) est assez souvent frappé chez les malades atteintes de fibromes. Les lésions orificielles avancées constituent parfois une contre-indication. Mais parfois aussi, l'arythmie et un léger degré de myocardite sont au contraire un avertissement pour le chirurgien; elles l'invitent pour ainsi dire à hâter son interven-

(1) Clavé, Th. de Bordeaux, 1900.

tion. M. le professeur Chavannaz (1) n'a-t-il pas publié un cas d'arythmie guérie par l'hystérectomie ?

L'état du poumon doit être vérifié.

On comprend maintenant toute l'importance d'un examen sérieux des divers appareils pour compléter le diagnostic.

---

(1) Chavannaz, *Revue gynéc., obst. et pædiatrie de Bordeaux*, II, n. 3, mars 1900, p. 186.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

Je n'insisterai pas longuement sur le pronostic. Il suffit de se reporter au chapitre de la symptomatologie, de suivre l'évolution des corps fibreux inclus pour comprendre combien ces tumeurs, bénignes histologiquement, constituent une affection dangereuse. Comme les autres fibromes utérins, ils peuvent subir des transformations malignes ; comme eux, ils peuvent provoquer des hémorrhagies redoutables. Mais plus que les autres, ils provoquent des troubles de compression qui peuvent retentir sur l'organisme entier; je ne rappellerai que la compression de l'uretère. Ces troubles compressifs une fois établis ne rétrocèdent pas, car la tumeur ne peut pas se déplacer, elle est fixée, immobilisée.

Les fibromes intra-ligamentaires sont des fibromes à insertion basse en général, ils gênent la grossesse et l'accouchement, beaucoup plus que les corps fibreux insérés sur le bord supérieur de l'utérus. C'est là encore une des raisons qui doivent faire envisager leur pronostic comme plus sérieux.

Enfin il ne faut pas perdre de vue que le chirurgien appelé à enlever un fibrome intra-ligamentaire, ayant produit de vastes décollements, aura une besogne beaucoup plus pénible que s'il s'agissait d'une tumeur non incluse.

Sérieux le plus souvent, le pronostic est parfois bénin; je veux parler des cas où il s'agit d'un fibrome peu volumineux, ne déterminant aucun trouble de compression, à marche très lente et chez une femme âgée.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

L'indication opératoire des fibromes inclus vient du volume de la tumeur et des troubles de compression exercés par elle.

On ne doit pas opérer un fibrome petit, « d'allure silencieuse, » existant sans symptômes révélateurs autres que ceux fournis » par le palper et le toucher » (1).

Avant d'opérer un fibrome petit, il faut soumettre la malade à une période d'observation d'autant plus longue que la femme est plus âgée, plus voisine de la ménopause.

Il est d'autres raisons pour lesquelles le chirurgien doit s'abstenir. Je veux parler des contre-indications dues au mauvais état général du sujet. On ne doit pas opérer un fibrome intra-ligamentaire chez une femme épuisée, présentant de l'albumine accompagnée de signes de brightisme ou bien encore un myocarde anéanti (2). Un corps fibreux inclus en symphyse totale avec le pelvis, déterminant de la phlébite des membres inférieurs, doit être abandonné à lui-même.

Quelle doit être alors la conduite du chirurgien? Peut-il espérer obtenir une guérison ou même une amélioration en ayant recours aux méthodes palliatives?

Le *curettage* et la *dilatation du col* ne sauraient avoir leur raison d'être. Ils sont dirigés surtout contre les accidents de la muqueuse utérine; or ces derniers sont relégués au second plan dans les fibromes inclus.

Quant aux *médicaments* proprement dits, tels que As, Ph,

---

(1) Ricard, Traitement des fibromes utérins, *Gaz. des hôp.*, 1898.

(2) Verdelet, Quelques contre-indications à l'hystérectomie dans les fibromes de l'utérus, *Rev. Gyn., Obst. et Pæd. de Bordeaux*, août 1899.

$CaCl^2$, KBr, KI, Hg, leur rôle est très contestable. L'efficacité du cannabis indica, de l'hydrastis canadensis, de l'hamamelis virginica est plus soutenable. L'ergotine en injections sous-cutanées, par la méthode d'Hildebrandt, peut parfois modifier avantageusement les hémorrhagies, lorsqu'elles existent. Tous ces médicaments peuvent et doivent être essayés en face d'un fibrome inclus, petit et ne déterminant aucun trouble de compression; ils sont indiqués dans les cas inopérables. Mais ils ne doivent pas faire perdre au chirurgien un temps précieux, lorsqu'il se trouvera en face d'une tumeur de volume moyen et comprimant les organes voisins. La même remarque doit être appliquée aux eaux chlorurées sodiques (Salies-de Béarn, Salins, Kreusnach). Remarquons toutefois que ces dernières ont une influence très heureuse sur l'état général.

Le *traitement électrique* (méthode d'Apostoli) amène dans les fibromes hémorrhagiques une amélioration notable. Il supprime les douleurs dans 50 p. 100 des cas. Mais il n'entraîne que très rarement une diminution de volume 10 p. 100 (1). Dans les fibromes inclus, il ne saurait faire disparaître les troubles de compression. De plus, ces tumeurs sont souvent reliées à l'utérus par un pédicule grêle ; dans ces cas, l'électrode introduite dans l'utérus ne peut avoir aucune action sur elles. Ces corps fibreux « végètent pour leur compte »; ils sont « désintéressés des actes » physiologiques de la paroi utérine. C'est alors qu'on ne peut » espérer aucune réduction de leur volume, aucune atténuation » des compressions et des douleurs » (Richelot) (2).

La *castration,* surtout efficace contre les hémorrhagies, ne saurait donner de grands résultats dans les fibromes inclus. Terrillon (3) et Boursier (obs. XIX) l'ont essayée dans ce dernier cas; mais sans succès.

Quant à la *ligature des artères utérines,* elle est sans action sur

---

(1) Bergonié et Boursier, *Archives d'électricité médicale.*

(2) Richelot, L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie, *Bull. Soc. chir.*, 1890, p. 353.

(3) Terrillon, *Annales de gynécologie,* 1898, p. 340.

les tumeurs intra-ligamentaires, ainsi que l'a fort bien établi Gottschalk (de Berlin) (1) dont nous rapportons une observation. Le traitement fut suivi d'insuccès. Du reste, la vraie raison de cette opération consiste à supprimer les hémorrhagies ; or, les troubles de compression sont autrement importants que les hémorrhagies dans les fibromes inclus. La ligature reste sans effet sur eux.

Le chirurgien ne peut donc pas compter sur les résultats très inconstants du traitement électrique, de la castration et de la ligature des artères utérines. Mais il dispose d'un certain nombre de petits moyens pour lutter contre les douleurs et les troubles de compression, lorsque la myomectomie et l'hystérectomie ne sont pas indiquées. Le repos au lit, les injections chaudes, les suppositoires à la morphine, à la belladone, à l'antipyrine, les lavements de chloral, les injections de morphine calmeront les douleurs ; le repos au lit, les laxatifs, le décubitus horizontal (abdominal ou dorsal), le redressement de la tumeur au moyen de pressions progressivement croissantes par le vagin ou le rectum, diminueront les troubles de compression.

Dans bien des cas ces procédés resteront insuffisants. Il faudra recourir à une intervention sanglante, myomectomie ou hystérectomie, car la tumeur progressera et les troubles de compression iront en augmentant. Par quelle voie aborder la tumeur, par le vagin ou l'abdomen ? Presque tous les chirurgiens, même ceux qui préconisent le plus la voie vaginale dans l'ablation des fibromes utérins (2), conseillent d'aborder le corps fibreux par une incision abdominale, lorsqu'il est inclus dans le ligament large. En effet, l'énucléation par la cavité interne de l'utérus est impossible ; la dilatation ou l'incision bilatérale du col ne serviraient à rien. Quant à l'énucléation proprement dite, elle n'est possible que si la tumeur est très pédiculée ; on peut dans ce cas se contenter de la ligature du pédicule ou y joindre celle des artères utérines. Dans notre observation II, cette méthode a

---

(1) Gottschalk, Treizième Congrès des sciences médicales, Paris.

(2) E. Tridondani, *Annali di ostetrica ginecologia*, 190J, juillet, p. 553.

donné un succès, mais il s'agissait d'un fibrome peu volumineux. Le plus souvent le chirurgien sera réduit à morceler le fibrome intra-ligamentaire, et bien des fois il devra terminer son opération par une hystérectomie vaginale : cette dernière sera pratiquée dans de très mauvaises conditions, car les organes voisins de l'utérus ont été déplacés, l'uretère en particulier. Le chirurgien sera exposé à les blesser. C'est une opération peu recommandable ; elle est même dangereuse non seulement à cause des déchirures viscérales, mais aussi en raison des hémorrhagies post-opératoires qui peuvent survenir. Du reste, sur les cas d'énucléation vaginale rapportés par Doléris (1), trois ont été réopérés : une seule malade a traversé la ménopause sans accidents.

La voie abdominale est de plus en plus adoptée. C'est elle qu'ont suivie les chirurgiens pendant ces dernières années, c'est elle qui, en leur donnant un accès facile sur les tumeurs fibreuses incluses, leur a permis d'obtenir des résultats satisfaisants. Je m'empresse d'ajouter que ces succès ont été considérablement facilités par l'introduction, dans la chirurgie abdominale, de modifications très importantes. La pratique de l'asepsie, « préconisée et vulgarisée en France par le professeur Terrier », a singulièrement contribué à abaisser la mortalité.

Le chirurgien doit limiter exactement et sans cesse son champ opératoire avec des compresses aseptiques ; c'est là une excellente précaution. Je passe sous silence les soins antérieurs à l'opération (bains antiseptiques, pansements humides, injections vaginales, etc.) (2). La position de Trendelenburg, en refoulant les anses intestinales du côté du diaphragme, facilite singulièrement l'extirpation des fibromes inclus. L'hémostase mérite d'arrêter notre attention. Nous sommes loin de l'époque où l'on faisait la ligature du col avec des fils de soie attirés ensuite à la partie inférieure de la plaie abdominale et abandonnés à leur

(1) Doléris, *La gynécologie*, 15 décembre 1900.

(2) H. Delagenière, *Chirurgie de l'utérus*.

chute spontanée. Hartmann (1) a insisté avec raison sur la nécessité de faire des ligatures isolées; les gros pédicules exposent à l'hémorragie par glissement du fil et facilitent plus tard les occlusions intestinales par adhérence au moignon. La suppression des surfaces cruentées n'est pas à dédaigner; la péritonéisation du petit bassin constitue un réel progrès.

L'incision la plus fréquemment employée, pour aborder un fibrome inclus, est la laparotomie médiane sous-ombilicale. Monod l'a modifiée : après avoir incisé la peau, il sectionne l'aponévrose en dehors de la ligne médiane, de manière à ouvrir la gaîne du muscle droit; le bord interne de ce muscle est alors écarté et le feuillet postérieur est incisé. Même conduite du côté opposé. Ce chirurgien résèque ensuite aux ciseaux, sur toute la longueur de l'incision, la cloison aponévrotique qui sépare les deux muscles droits; ceux-ci seront plus tard accolés (2). C'est peut être là une excellente manière de faire.

L'incision latérale d'Auguste Pollosson, conseillée par Bardenheuer, incision analogue à celle de la ligature de l'iliaque externe, ne permet pas assez facilement l'examen de l'utérus lui-même et des annexes du côté opposé (3).

Le ventre est ouvert. Le chirurgien trouve un fibrome développé aux dépens d'un bord latéral de l'utérus. Le corps fibreux est recouvert d'une paroi mince transparente avec quelques arborisations vasculaires. Cette poche mince peut être plissée entre deux doigts; il est facile d'y faire une ouverture d'un coup de ciseaux. Les tractions, même exercées avec le tire-bouchon, ne mobilisent la tumeur que d'une façon insignifiante; elles ne permettent pas de l'attirer au dehors. Le fibrome est inclus.

La première précaution à prendre, quelle que soit la conduite

---

(1) H. Hartmann, *Valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire*. Congrès Amsterdam, août 1899.

(2) G. Sicard, *Sur quelques points de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale : ses résultats*. Th. de Paris, 1901.

(3) Jarre, Th. de Lyon, 1894.

ultérieure du chirurgien, qu'il termine son opération par la myomectomie ou par l'hystérectomie, c'est de procéder immédiatement à la *décortication* du fibrome intra-ligamentaire. La tumeur, dépouillée de son enveloppe péritonéale, deviendra alors aisément mobilisable, et le chirurgien pourra se faire une idée précise de ses connexions avec l'utérus. Pour procéder à cette décortication, l'opérateur, après avoir écarté l'intestin maintenu à l'aide de compresses, humides de préférence, tracera au bistouri une incision sur la séreuse péritonéale qui recouvre le fibrome inclus.

M. le professeur Demons fait passer son incision transversalement, partant de la corne utérine en arrière du ligament rond et longeant la trompe du côté correspondant. Il décrit ainsi une courbe à concavité postérieure. Une seule incision antérieure pourra suffire si la tumeur est peu volumineuse. Dans le cas contraire, elle sera complétée par une incision postérieure concave en avant, partant de la corne utérine et allant rejoindre l'incision antérieure au niveau du pédicule utéro-ovarien. De cette façon la trompe, organe dangereux surtout si elle est malade, n'a pu être ouverte. Les péritoines antérieur et postérieur sont repérés avec des pinces. Il peut être avantageux parfois de pratiquer, comme l'a fait Pollosson (obs. IX), une incision verticale.

Lorsque la tumeur a décollé le péritoine qui tapisse la paroi antérieure, soulevé le cul-de-sac vésico-utérin, il faut se conserver le plus possible de péritoine. Une incision verticale pratiquée sur la face postérieure est peut-être préférable dans ce cas. Le chirurgien procède alors à la décortication ; celle-ci est facile en général. Elle se fait avec le doigt, avec la pointe des ciseaux fermés, avec une compresse aseptique (Demons). La décortication doit être poursuivie jusqu'à ce que la tumeur soit extraite en entier. S'il y a des adhérences, la décortication devient plus difficile ; il faut alors opérer « méthodiquement et avec patience ». Pendant cette décortication, il faut multiplier les pinces sur les points qui saignent, sans perdre de vue la position des uretères. Lorsque la tumeur est enlevée, les veines énormes du ligament

large s'affaissent et l'on est surpris d'avoir à poser beaucoup moins de ligatures qu'on ne s'y attendait (Pozzi).

Enfin, rappelons avec Guernonprez (1), que le chirurgien est souvent juge des indications de détail fournies par chaque cas particulier ; ces indications doivent aboutir toutes à un résultat : *la décortication*. Le meilleur moyen pour réussir c'est de rester dans le plan de clivage.

Le fibrome inclus est énucléé de sa loge péritonéale. Plusieurs questions se posent. La première de toutes est la suivante : *est-il unique?* Ce n'est qu'après avoir soigneusement examiné le fond, les faces et l'autre bord de l'utérus, ce n'est qu'après s'être fait, par une palpation méthodique, une idée exacte de la consistance du corps et du col utérins qu'on pourra affirmer, et encore non sans réserves, l'absence de tout autre noyau fibreux. Cette recherche de la coexistence d'autres fibromes ne doit jamais être négligée ; la constatation de plusieurs masses fibreuses exclut en effet l'idée de toute opération conservatrice de l'utérus.

Le fibrome inclus est unique. Quelles sont *ses connexions* avec la matrice ? C'est là un second problème très important à résoudre. S'il est relié à l'utérus par un pédicule très grêle, comme dans les observations des malades de Tédenat, de Pozzi, de Demons, on pourra songer à la myomectomie. S'il est sessile, il faudra renoncer à conserver l'utérus, pour des raisons que nous dirons plus loin et alors une troisième question se pose : est-il *inséré sur le corps ou sur le col ?* Dans le premier cas on pourra tenter l'hystérectomie sub-totale ; dans le second, il faudra pratiquer l'hystérectomie abdominale totale.

Le fibrome intra-ligamentaire est unique et relié à l'utérus par un pédicule grêle. La myomectomie est indiquée, surtout si la femme est jeune ; il faut essayer de conserver l'organe et ses fonctions. « En ôtant l'utérus à une jeune femme, a dit La » Torre..., on détruit assez souvent, avec un coup de bistouri, » tout un poème d'affection, toute une source d'intérêts les plus

(1) Guernonprez, Congrès de gynéc. de Bordeaux, août 1895.

» vitaux ». Mais la myomectomie ne doit être pratiquée que dans certains cas; le poème d'affection dont nous parle La Torre ne doit pas faire oublier un seul instant un autre coefficient : la vie de la malade. Pratiquée par Spencer Wells (1863), puis par Spiegelberg (1874), elle a été faite depuis par Martin (de Berlin), Ricard, Doléris, Hartmann, etc. Témoin (de Bourges) et Tuffier se sont érigés en défenseurs de cette méthode. Malheureusement, à notre avis, elle ne doit être suivie dans le cas de fibrome intra-ligamentaire que si la tumeur est très pédiculée. Il suffit alors de lier, puis de sectionner le pédicule qui est ensuite cautérisé puis recouvert d'un revêtement péritonéal. La myomectomie ne doit pas être pratiquée si la tumeur est volumineuse, parce qu'alors l'utérus est dégénéré. Elle doit être également rejetée lorsque les annexes sont malades; en pareil cas, l'utérus a peu de chances d'être sain. Je n'insiste pas sur la multiplicité des tumeurs.

Si le fibrome est sessile, on peut bien recourir à la myomecmie, à *l'énucléation abdominale,* c'est-à-dire à l'extirpation de la tumeur après ouverture du tissu utérin. Pollosson a ainsi obtenu un succès (Obs. VII) avec cette méthode, mais il a dû fixer à la paroi abdominale, au moins momentanément, la cavité qu'il avait creusée dans l'utérus pour énucléer son fibrome, il a dû mettre une mèche non seulement dans cette poche, mais encore en arrière entre l'utérus et les anses intestinales pour assurer le drainage; une partie seulement de la paroi abdominale a été refermée. Malgré ces diverses précautions, la malade a eu 38 à 39° pendant trois semaines. Il ne faut pas perdre de vue que les fibromes inclus sont insérés sur les bords latéraux de l'utérus, région extrêmement vasculaire. Inciser le tissu utérin à ce niveau, c'est vouloir s'exposer à créer une cavité dans laquelle le sang pourra suinter, s'accumuler et faciliter l'infection. Drainer cette cavité comme l'a fait Pollosson, c'est courir les risques d'une éventration; drainer par un tube en croix qui ressort dans le vagin (Martin), c'est vouloir exposer la malade à une infection, aussi légère soit-elle.

L'énucléation abdominale ne nous semble pas très recommandable dans les cas de fibromes intra-ligamentaires sessiles. La myomectomie proprement dite est au contraire indiquée dans les cas de fibromes inclus peu volumineux et à pédicule grêle. Dans ce dernier cas, si la décortication s'est effectuée facilement, s'il ne persiste pas après la section du pédicule un suintement sanguin, si enfin l'opération a été pratiquée dans de bonnes conditions d'asepsie, il sera inutile d'établir un drainage. Une seule précaution devra être observée : supprimer le plus possible de surfaces cruentées, enlever aux ciseaux la majeure partie de cette coque péritonéale dans laquelle était incluse la tumeur fibreuse, tout en conservant suffisamment de péritoine pour tapisser la cavité pelvienne. Si l'ovaire du côté malade paraît altéré, on ne doit pas hésiter à le supprimer ; pour cela il suffira de pratiquer, lorsque la chose est possible, l'extirpation du ligament tout entier, comme l'a fait Monod (de Bordeaux) pour un kyste du parovaire. Il suffit de saisir ce ligament dans toute sa hauteur et près de son insertion utérine, puis de le sectionner et de le lier. La surface du pédicule est touchée au thermo-cautère, puis recouverte de péritoine. Il faut toujours ménager l'uretère et autant que possible l'artère utérine du côté correspondant. Un surjet au catgut permet de rapprocher les surfaces péritonéales sectionnées. La paroi abdominale est ensuite refermée. Pratiquée de la sorte dans des cas bien déterminés, la myomectomie donnera des guérisons et permettra plus tard l'évolution d'une grossesse. Mais ici, dans les fibromes inclus comme dans les autres tumeurs fibreuses de l'utérus, elle ne met pas la malade à l'abri d'une récidive.

Kelly, un des grands défenseurs de la myomectomie, n'a-t il pas eu 3 récidives sur 97 cas, sans compter celles dont il n'a pas eu connaissance ? Martin n'a-t il pas dû pratiquer l'hystérectomie supra-vaginale pour un nouveau fibrome chez une femme déjà opérée par lui et chez qui il avait pratiqué une énucléation abdominale ?

---

(1) Monod, *Revue gyn., obst. et pædiatrie de Bordeaux*, I, p. 231, 1899.

Si le fibrome inclus est reconnu, après décortication, être *sessile, peu volumineux* et *inséré sur la partie supérieure* du bord latéral de l'utérus, il faut renoncer, d'après nous, à la myomectomie à cause de ses connexions étroites avec l'utérus, mais il n'est pas nécessaire de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale ; la *sub-totale* suffit. Cette opération a l'avantage de pouvoir être exécutée rapidement et de ne pas exposer le chirurgien à infecter ses mains au cours de manipulations dans le vagin. Elle ne nécessite pas une hémostase soignée de la tranche vaginale, indispensable dans l'hystérectomie abdominale totale. On lui a reproché d'exposer la malade aux dangers de l'hémorrhagie et de la septicémie ; il n'en est rien. La première n'est pas à craindre lorsque la ligature est faite méthodiquement sur les utérines, comme la pratique M. le professeur Terrier.

La seconde peut être évitée dans les cas où l'utérus est sain. Je m'empresse d'ajouter qu'il s'agit ici de fibromes inclus peu volumineux ; lorsque le corps fibreux a produit de vastes décollements, il serait imprudent de recourir à la sub-totale. L'hystérectomie abdominale totale permettra un plus facile écoulement aux liquides sécrétés par de vastes surfaces cruentées. Je n'essaierai pas ici de rappeler l'histoire de la supra-vaginale, ni les modifications qu'elle a subies en Allemagne, en Amérique et en France (1).

Comment pratiquera-t on la sub-totale pour un fibrome inclus ? Après avoir énucléé le corps fibreux inclus, le chirurgien devra songer tout d'abord à libérer le pôle supérieur. Pour cela il sectionnera entre les deux pinces les vaisseaux utéro-ovariens, soit en dehors, soit en dedans des annexes, suivant qu'il veut conserver ou non les ovaires (nous reviendrons plus loin sur la conduite à tenir vis-à-vis de ces derniers organes). Ayant ainsi procédé à l'hémostase de l'étage supérieur, le chirurgien passera à la confection des lambeaux péritonéaux antérieur et pos-

---

(1) V. Mémoire de Longuet, *Semaine Gynécol.*, 1899, p. 169 : α Hofmeier (1888), Rosthorn (1891), Chroback (1891), Erlach (1895). β Noble (1891), Graham (1892), Bahër (1893), Howard-Kelly (1893). γ Terrier, Quénu.

térieur; en même temps il libèrera la vessie et le rectum. Tous les auteurs sont d'accord sur ces divers points; les discussions surviennent dès qu'il s'agit de procéder à l'extraction du pôle inférieur. Doit-on faire basculer latéralement l'utérus et suivre la *méthode de Kelly* (1) (hémostase de l'utérine correspondante, section du col, hémostase de l'utérine du côté opposé). Il nous semble plus indiqué de faire basculer un fibrome inclus, à développement transversal, autour de son grand axe transversal et de le renverser soit en avant, soit en arrière. Si l'on veut employer le procédé de Kelly dans le cas de fibromes intra-ligamentaires, il faut avoir soin de sectionner tout d'abord le pédicule isthmique du côté opposé, puis le col et enfin le pédicule isthmique correspondant.

Le renversement en avant, avec section du col d'arrière en avant, sans hémostase préventive, méthode homologue du procédé Doyen, dans l'hystérectomie totale, a été conseillé par Longuet. Mais la conduite la plus facile à suivre est le renversement en rétroversion (Hofmeier, Terrier); les deux artères utérines sont soigneusement liées, puis on pratique la section d'avant en arrière. Duret attaque le col avant d'avoir sectionné les artères utérines qu'il pince quand elles sont ouvertes. Empressons-nous de dire que dans l'hystérectomie pour fibromes inclus, il n'y a pas de procédé bien défini; suivant les cas, l'opérateur devra attaquer l'utérus par côté, en avant ou en arrière. Le col sectionné, il faut immédiatement cautériser la muqueuse utérine au thermo-cautère. La cavité de l'utérus est ensuite refermée; puis on procède à la ligature des trois pédicules de chaque côté (utéro-ovarienne, artère du ligament rond, artère utérine). Le plancher péritonéal pelvien (V. plus loin) est ensuite reconstitué, la paroi abdominale suturée. Un drain est mis à la partie inférieure de la plaie abdominale. Quels sont les résultats de la sub-vaginale dans les fibromes inclus? Nous devons reconnaître que ce n'est pas dans cette variété de fibromes que la supra-vaginale a donné ses plus beaux succès. Dans un des quatre cas

(1) Kelly-Southern, *Ann. gynecological Association*, 1895.

(obs. XI, XII, XIII, XIV) qui figurent dans la statistique de M. le professeur Terrier (*Revue de chirurgie,* 10 décembre 1899), il s'est produit une « hématocèle en arrière du col utérin, avec accidents septiques »; dans un autre, il y a eu un décès attribué, il est vrai, à une perforation intestinale.

Nous sommes loin des résultats si encourageants que M. le le professeur Terrier a obtenus dans les autres variétés de fibromes.

La supra-vaginale est donc indiquée si le corps fibreux intra-ligamentaire est inséré haut sur le bord de l'utérus; elle est également indiquée si cette tumeur, de volume moyen, n'a pas produit de décollements considérables.

Tout fibrome inclus et sessile, inséré sur le col, ou même volumineux, doit être traité par l'hystérectomie totale.

Cette dernière opération aura l'avantage : 1° d'éviter chez le malade la production d'un nouveau noyau fibreux (1) ou d'une dégénérescence maligne au niveau du col (2), mais encore, 2° de permettre non seulement un drainage abdominal, faible par suite de l'absence de déclivité, mais encore un drainage vaginal plus sérieux par où s'écouleront les liquides sécrétés par les larges surfaces cruentées que constituent les feuillets péritonéaux qui tapissaient le fibrome intra-ligamentaire.

Dubourg (de Bordeaux) disait au congrès de Marseille 1898 : « L'hystérectomie doit être totale pour les cas plus compliqués » où de grands désordres dans le tissu cellulaire pelvien sous-» ligamenteux, autoriseront à faire un drainage par la brèche » vaginale après avoir reconstitué, toutefois, dans son intégrité, » le péritoine pelvien ». V. S. Pedlis (In *Wratch,* 1900, n° 5), dans un mémoire où il établit la supériorité de la sub-totale, donne comme contre-indications le volume des fibromes du petit bassin et leur siège dans le ligament large.

J'ajoute que toutes les fois qu'on constatera une induration,

(1) Ginestous, Polype fibreux de l'utérus après hystérectomie supra-vaginale pour fibrome utérin (*Journal de Médecine de Bordeaux,* n. 47, 1899).

(2) Condamin, Deux cas de dégénérescence maligne développés dans le moignon cervical après hystérectomie pour fibrome (Société de chirurgie de Lyon, 27 déc. 1900).

un noyau au niveau du col, l'hystérectomie totale doit être pratiquée quels que soient le volume et le point d'insertion du fibrome intra-ligamentaire.

Telles sont les raisons qui feront préférer tantôt l'hystérectomie totale, tantôt la sus-vaginale. — Cette dernière est plus facile, mais quelquefois aussi moins sûre. Je sais bien que certains chirurgiens (Schauta, Martin, Heurotay, Bœkel) (1), pratiquent de parti-pris l'hystérectomie totale comme étant une opération plus complète, qui satisfait mieux l'esprit; que d'autres, et la majorité semble être avec eux, préfèrent la sus-vaginale comme plus élégante et plus rapide. — Je crois qu'il faut être éclectique; et c'est au chirurgien de se prononcer en présence de la tumeur incluse, après la laparotomie.

Les premiers temps de l'hystérectomie totale (2) seront les mêmes que ceux de l'hystérectomie sus-vaginale (décortication du fibrome, libération de l'étage supérieur, taille des collerettes antérieure et postérieure). Ici encore les divergences surviennent quant il s'agit de libérer le pôle inférieur.

Si le fibrome inclus est de *volume moyen,* on pourra extraire utérus et corps fibreux d'une seule pièce. Le procédé de Doyen (extraction par renversement en antéversion, sans ligature préalable des vaisseaux ni confection des lambeaux péritonéaux) a été employé par un certain nombre de chirurgiens dont nous rapportons les observations. Il a donné du reste de très bons résultats.

Cependant nous devons reconnaître que dans les fibromes inclus il est peut-être d'une exécution plus difficile que partout ailleurs et cela pour deux raisons : 1° le peu de mobilité de la tumeur même après décortication ; 2° la difficulté d'aborder le cul-de-sac de Douglas dans bien des cas. Du reste, il faut reconnaître que Doyen lui-même a prévu cette objection et, en pareille circonstance, il conseille de perforer latéralement le vagin, à

---

(1) Bœkel, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1901, n. 1 et 2.

(2) Consulter pour l'histoire de la totale, la thèse d'Angelesco (Paris, 1897) et le mémoire de Longuet (*Semaine Gynécol.*, 1899).

droite de préférence, puis de saisir le col et d'extraire le fibrome par bascule de droite à gauche.

Si le chirurgien pratique préalablement la ligature des artères utérines, ce qui nous paraît beaucoup plus méthodique en présence d'une tumeur difficile à mobiliser, en face d'organes qui ont subi de grands déplacements (uretères, vessie, intestin) et qui plus que jamais sont exposés au bistouri de l'opérateur, il pourra recourir à l'un des procédés suivants : extraire la tumeur dans l'axe (Delagenière), en relevant le col en arrière, puis latéralement, puis en avant, est chose parfois possible ; d'autres fois il faudra faire basculer l'utérus en latéroversion (Segond), en antéversion (Hartmann, Montprofit, Ricard) ou en rétroversion (Richelot). Le chirurgien devra guider son choix d'après le siège et la direction de la tumeur. Le procédé de Richelot est certainement, dans bien des cas de fibromes inclus, un des plus faciles à exécuter ; je l'ai vu à plusieurs reprises donner de bons résultats entre les mains de M. le professeur Demons.

Lorsque la tumeur est *volumineuse*, on pourra l'extraire en deux ou plusieurs fragments. *L'hémisection de Faure* après ouverture du cul-de-sac vésico utérin, très avantageuse dans les cas de suppurations essentielles, l'est beaucoup moins dans les fibromes inclus ; elle pourrait être utilisée dans les cas de corps fibreux peu volumineux et développés également dans les deux ligaments larges.

L'extraction bi-fragmentaire, telle que la pratique M. le professeur Terrier, est au contraire absolument indiquée dans les cas de gros fibromes inclus. Ce chirurgien enlève tout le corps utérin avec la tumeur après avoir lié les deux utérines ; puis il extirpe le col saisi avec une pince de Richelot introduite par le cul-de-sac antérieur effondré.

Le *morcellement intra-abdominal* de H. Duret (1) doit être réservé aux cas dans lesquels il est impossible de faire l'hystérectomie abdominale totale, par suite d'adhérences (vraie sym-

---

(1) H. Duret, *Semaine gynécol.*, janv. 1901, n. 1 et 2.

physe) au bassin, à la paroi abdominale, aux viscères. Dans ces cas on ne peut songer à saisir les ligaments larges, encore moins à énucléer la tumeur. Il est aisé de prévoir les dangers de ce morcellement, déchirure du rectum (obs. XXXVIII), blessure de la vessie, section de l'uretère (obs. XXXIX). H. Duret distingue trois variétés de morcellement : par section médiane pure et simple, par blocs successifs en tranches, et morcellement après évacuation des cavités kystiques dans les cysto-fibromes. Malgré les succès obtenus par Duret (obs. XXXIX et XL) nous ne pouvons nous empêcher de constater la gravité de telles interventions. Avant de recourir au morcellement, il faut tenter une décortication lente et adroite. J'ai vu dans un cas de volumineux fibrome inclus avec adhérences (obs. XVII), M. le professeur Demons réussir à pratiquer cette décortication. L'opération fut longue, mais la malade perdit beaucoup moins de sang que si la tumeur avait été morcelée. Dans le morcellement comme dans tous les cas de fibromes inclus volumineux, il ne faut pas se contenter de drainer en laissant le vagin ouvert, il faut encore ajouter un drain abdominal. La malade de l'observation XVII n'aurait peut-être pas présenté de l'empâtement dans la fosse iliaque droite, si l'abdomen avait été largement drainé. Si la décortication est facile, si la tumeur est peu volumineuse, il n'est pas nécessaire de mettre de drain ; dans le cas contraire, la crainte de l'éventration ne doit pas empêcher le chirurgien de multiplier les voies d'écoulement destinées à donner issue au liquide sécrété par les surfaces péritonéales ou autres.

Utérus et fibrome inclus sont enlevés par l'hystérectomie totale ou supra-vaginale. Il nous reste plusieurs points à envisager : 1° Que faut-il faire des annexes ? 2° Comment doit-on refermer la cavité pelvienne ? 3° Comment réparer la paroi abdominale ?

Doit-on enlever les ovaires ? Toujours, d'après certains chirurgiens (Péan, Kœberlé, Doyen), afin d'éviter les accidents dus à la congestion menstruelle. M. le professeur Demons insiste sur la nécessité de laisser un ovaire quand les annexes sont saines

et lorsque la femme est jeune. C'est aussi l'avis de Chrobak (1), de Jayle (2), de Tuffier, de Schenk (3). Si les ovaires sont malades, il faut les supprimer et lutter contre les troubles locaux et généraux résultant de l'ablation totale ou partielle des organes génitaux au moyen de l'organothérapie ovarienne. On se rappelle les résultats merveilleux de Jacobs (4). La place nous manque pour traiter cette importante question; on nous reprocherait certainement d'être sorti de notre sujet. Du reste, les troubles consécutifs à l'ablation des ovaires sont rares (Pozzi, Bouilly, Jayle), ils consistent surtout en bouffées de chaleur et de transpiration.

Utérus, ovaires, fibromes inclus sont enlevés. Si le chirurgien a pratiqué l'hystérectomie sus-vaginale, il doit maintenant refermer le moignon du col par quelques points de suture à la soie; s'il a fait l'hystérectomie totale, il doit, après avoir pratiqué l'hémostase de la tranche vaginale, se contenter de mettre une mèche dans le vagin sans refermer ce conduit (Demons, Verdelet). Le moment est venu de faire l'hémostase des trois pédicules artériels de chaque côté (utéro-ovarienne, utérine et artère du ligament rond).

Il faut maintenant procéder à la reconstitution du plancher péritonéal. « Cette péritonéisation de toutes les surfaces cruentées doit à l'heure présente être considérée comme un principe de la chirurgie abdominale ». Pratiquée depuis longtemps par M. le professeur Terrier, elle a été vivement défendue par Quénu (5). Cette toile péritonéale constitue, comme l'a montré ce dernier auteur, une barrière contre l'infection, car elle supprime tout suintement intra-péritonéal. Les viscères glissent librement sans courir les risques d'adhérer aux pédicules; les occlusions intestinales produites par ce mécanisme ont été plusieurs fois

---

(1) Chrobak, *Centr. f. gyn.*, 1896, n. 20.

(2) Jayle, *Presse médicale*, 1896 et 1899.

(3) Schenk, *Arch. für gynækologie*, 1901, Bd. LXII, Heft. 3.

(4) Jacobs, *Organothérapie ovarienne en chirurgie. Ann. Soc. belg. de gyn.*, 15 juil. 1898.

(5) Quénu, *Revue de chirurgie*, juillet 1900, p. 8.

signalées (1, 2). Dans les fibromes inclus, tantôt nous avons trop de péritoine, tantôt nous en manquons pour reconstituer le plancher péritonéal. Dans le premier cas, la conduite est simple : il faut réséquer le plus possible de séreuse, pratiquer, si on le peut, l'extirpation totale du ligament large dans lequel était inclus le corps fibreux. Comment peut-on recouvrir de péritoine le rectum, la vessie, le pelvis, lorsqu'après l'opération toute la cavité pelvienne est dépourvue de séreuse? Il faut alors pratiquer « l'inclusion sous-séreuse » du pelvis et des organes contenus. Pour cela, Duret fixe le péritoine pariétal de la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure au péritoine de la région du promontoire. Il laisse le vagin ouvert, puis remplit de gaze iodoformée la cavité du bassin contenant le rectum et la vessie. On peut aussi fermer le vagin et drainer avec une mèche la paroi abdominale au-dessus du pubis. On pratique ainsi l'exclusion des organes pelviens. La péritonéisation doit être autant que possible complète; cependant certains chirurgiens ont parfois laissé deux petits pertuis en communication avec le vagin, dans les fibromes inclus volumineux.

M. le professeur Boursier, dans les cas où l'opération avait été longue, difficile, a plusieurs fois laissé ouverte la cavité péritonéale au niveau du vagin, établissant un large drainage abdomino-vaginal. Il n'a eu aucun accident résultant de cette pratique.

Après avoir rétabli le péritoine pelvien, l'opérateur n'aura plus qu'à songer à refermer la paroi abdominale. M. le professeur Demons pratique la suture à trois plans; Monod fait un seul plan de suture au moyen de crins doubles; Ricard et Tuffier font également un plan unique qu'ils referment le premier avec du fil d'argent, le second avec du fil en bronze d'aluminium. Qu'on emploie l'une ou l'autre méthode, on a parfois des éventrations ultérieures. Elles se produisent surtout au-dessus du pubis et presque toujours consécutivement à une infection (phlegmons, abcès sous-musculaires).

---

(1) Quénu, Congrès français chirurgie, 1899, Comptes-rendus, p. 63; *Gazette des hôpitaux*, 31 mars 1895.

(2) Giresse, Th. de doctorat de Paris, 1895-1896.

Un des meilleurs moyens pour les éviter consiste à surveiller son asepsie et à soigner l'hémostase de la paroi afin d'éviter l'hématome sus et sous-musculaire qui peut suppurer (1). La localisation des éventrations à la partie inférieure de l'incision vient certainement de l'habitude qu'on a de mettre un drain à la partie inférieure de la plaie abdominale. Le drainage abdominal n'est pas toujours nécessaire, mais il est des cas dans lesquels il ne faut pas hésiter à le pratiquer. Lorsque les manœuvres de décortication ont été laborieuses, lorsqu'il y a eu rupture de nombreuses adhérences et surtout d'une poche annexielle enflammée, enfin lorsque la cavité pelvienne n'est pas aussi étanche qu'on le voudrait, qu'on a été obligé de laisser des surfaces cruentées dépourvues de péritoine, il faut recourir au drainage abdominal (2). C'est lui qu'emploient Monod, Terrier, Quénu, Bouilly. Il est quelquefois précieux d'y joindre un drainage plus large en ne refermant pas le vagin lorsqu'on a pratiqué l'hystérectomie abdominale totale.

Un pansement aseptique sera appliqué sur la paroi suturée et drainée.

Quels sont les accidents qui peuvent survenir au cours de ces diverses opérations?

L'hémorrhagie est peu à redouter; depuis que nous connaissons mieux le siège des vaisseaux de la cavité pelvienne, le chirurgien n'a plus à les redouter.

Les blessures des viscères sont plus difficiles à éviter.

L'intestin a été plusieurs fois ouvert. Il faut craindre de le perforer en déchirant des adhérences.

Le mésentère avec ses vaisseaux doit être ménagé, il faut en réséquer le moins possible, si on ne veut pas courir les risques du sphacèle intestinal. Une autre raison pour laquelle il faut conserver les mésos est la suivante : si vous modifiez brusquement la statique intestinale (Goullioud), vous vous exposez à voir survenir des accidents d'occlusion (obs. XXX et obs. XLI).

---

(1) Tournemelle, *Des éventrations post opératoires. Causes et traitement.* Thèse de Paris, 1901.

(2) Sicard, Thèse de Paris, 1901, n. 237.

Binaud a rapporté le cas d'une fistule intestinale survenue secondairement (obs. XXVIII) à la suite de l'application d'une pince à forcipressure sur une anse d'intestin. Cette fistule guérit spontanément.

La vessie a été plusieurs fois sectionnée (obs. X), d'autres fois une portion de cet organe a été arrachée par suite des tractions exercées sur le fibrome inclus (obs. XVIII).

Nous avons insisté au chapitre de la symptomatologie sur la nécessité de pratiquer le cathétérisme vésical afin de se faire une idée exacte du siège et de la longueur de la vessie. Lorsque cet organe a été ouvert, il faut immédiatement suturer la plaie, comme l'a fait M. le professeur Boursier (obs. XVIII), au moyen de deux surjets, l'un muco-muqueux, l'autre musculo-musculaire.

L'uretère subit de grands déplacements dans les fibromes intra-ligamentaires. Plus que jamais il est exposé au bistouri du chirurgien. Si la déchirure est latérale et la section incomplète, il suffira de suturer la plaie urétérale. Si la déchirure est complète, mais si en même temps les deux segments sont restés en présence même conduite ; s'il est impossible de rapprocher les deux segments d'uretère, on abouchera le segment supérieur à la vessie, s'il y a moyen, sinon à la peau. La néphrectomie constitue un traumatisme trop sérieux pour être pratiquée sur le champ.

Le shock, si fréquent après l'ablation des grosses tumeurs fibreuses incluses, sera efficacement combattu par les injections de sérum artificiel, caféine, éther, spartéine, etc.

Tels sont les accidents que le chirurgien risque de voir survenir au cours de l'opération. J'ai terminé l'exposition des divers modes opératoires qui peuvent être suivis par le chirurgien pour extraire un fibrome inclus. Chemin faisant, nous avons vu surgir à chaque instant des difficultés sérieuses pour mener à bonne fin de telles interventions. Nous avons essayé de poser quelques jalons destinés à guider le chirurgien ; mais il y a deux choses indispensables à l'opérateur qui veut enlever des volumineux fibromes intra-ligamentaires et que nous ne saurions lui donner : « des mains adroites et les jugements sûrs » (Richelot).

CHAPITRE X

DES FIBROMES INTRA-LIGAMENTAIRES ET DE LA GROSSESSE

Nous ne saurions terminer cette étude des fibromes intra-ligamentaires sans dire un mot de leurs rapports avec la grossesse. Ce n'est pas que nous voulions essayer de résoudre cet éternel problème des fibromes compliquant la grossesse, déjà magistralement traité par le professeur Lefour dans sa thèse d'agrégation, soulevé depuis bien des fois, notamment par Doleris (1), Delagenière, de Fontguyon (2) et Turner (3).

Les fibromes inclus, généralement développés aux dépens du segment inférieur de l'utérus, constituent un obstacle d'autant plus infranchissable qu'ils sont plus enclavés dans le bassin, qu'ils occupent une plus grande partie de la cavité pelvienne. Dans bien des cas, ils n'empêchent pas la grossesse d'évoluer et l'accouchement s'effectue dans de bonnes conditions, grâce au ramollissement de la tumeur fibreuse. Mais aussi parfois ils provoquent la mort du fœtus avant terme ; ce fœtus est expulsé souvent, mais il peut être retenu dans la cavité pelvienne. Dans d'autres circonstances, l'enfant arrivé à terme ne peut être attiré au dehors car le canal pelvien est obstrué.

Les indications opératoires viennent tout d'abord des troubles de compression sur les nerfs, les uretères et la vessie. De même lorsque le praticien, par l'examen consciencieux de la malade, a pu se convaincre que la tumeur fibreuse vient obstruer

(1) Doléris, *Semaine gynécol.*, 12 fév. 1901.

(2) De Fontguyon, Thèse de Bordeaux.

(3) Turner, Thèse de Paris.

la filière pelvienne et rend l'expulsion impossible, son devoir est de conseiller l'intervention, sans attendre trop de résultats du ramollissement. Enfin des accidents tels que l'hémorrhagie ou la mort du fœtus peuvent nécessiter une opération.

Quelle sera cette intervention?

De deux à six mois, l'énucléation du fibrome intra-ligamentaire est facile. Guiard, Frommel, Taylor ont pratiqué dans ces conditions la *myomectomie*.

La grossesse a continué à évoluer et l'enfant est né à terme.

Mais cette opération, déjà sérieuse, devient encore plus grave pour la mère lorsque l'utérus a acquis un certain volume ; elle expose aussi le fœtus.

On ne devra pas la tenter à partir du sixième mois.

Il en est de même de l'accouchement prématuré qui a donné des résultats déplorables. Mieux vaut recourir à l'hystérectomie sub-totale quand le col n'est pas infecté, totale dans le cas contraire.

A terme, si le fœtus est en vie, il faut pratiquer l'hystérectomie totale ou sub-totale avec ou sans opération césarienne. S'il est mort, on doit recourir à la basiotripsie.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL ET CONCLUSIONS

1° Les fibromes de l'utérus inclus dans le ligament large constituent une variété bien spéciale de corps fibreux. Ils méritent d'être étudiés isolément, car ils ont des caractères cliniques particuliers et nécessitent une conduite un peu spéciale de la part du chirurgien qui veut les enlever. Peu de travaux d'ensemble ont été faits sur ce sujet. Les fibromes inclus sont caractérisés par leur insertion sur les côtés de l'utérus (corps et surtout col).

2° Pour bien comprendre l'évolution des fibromes intra-ligamentaires, il est nécessaire d'avoir présents à l'esprit la forme, la direction, le siège exact des ligaments larges, leurs rapports avec tous les organes pelviens (vessie, uretère, intestin, rectum, vaisseaux et nerfs). Les deux feuillets péritonéaux qui les constituent sont séparés par une lame celluleuse, aponévrose ombilico-pelvienne de Petit, qui rend chaque ligament large essentiellement dédoublable.

3° De volume très variable, tantôt uniques, tantôt multiples, de consistance dure ou molle, les fibromes inclus ont un développement transversal. Ils subissent comme les autres des transformations aseptiques, septiques et malignes. Dédoublant toujours les deux feuillets du ligament large, ils dédoublent également les mésos dans quelques cas et peuvent même décoller sur une certaine étendue le péritoine pariétal. La vessie, le rectum, l'uretère, les vaisseaux et les nerfs du bassin sont souvent déformés, aplatis, modifiés dans leurs rapports anatomiques.

4° La cause du développement des corps fibreux intra-liga-

mentaires est encore inconnue. Leur fréquence par rapport aux autres fibromes utérins est d'environ 10 p. 100.

5° Les symptômes qui révèlent leur existence sont surtout les troubles de compression. Les troubles fonctionnels qui constituent le syndrome utérin sont ici peu marqués en général. Les signes physiques sont autrement importants : tumeur de consistance fibreuse, à développement transversal, peu mobile, en connexion avec l'utérus et faisant saillie dans un des culs-de-sac latéraux, tel est le fibrome inclus. Le cathétérisme utérin ne donne pas de renseignements bien précis.

6° Le diagnostic n'est pas toujours facile. Il se fera surtout par la palpation abdominale combinée au toucher. Il faudra éliminer :

lorsque le fibrome est pelvien, l'hématocèle, la pelvi-péritonite ou encore l'annexite ;

lorsqu'il est abdomino-pelvien, les tumeurs de l'os iliaque, de l'ovaire, du ligament large et la grossesse.

7° Le pronostic est assez sérieux. Une fois établis, les troubles de compression ne rétrocèdent pas. Plus que tous les autres fibromes utérins, les corps fibreux inclus gênent la grossesse et l'accouchement.

8° Le traitement médical et les opérations palliatives sont sans influence. Si la tumeur provoque des troubles de compression, il faut opérer. La voie abdominale doit être suivie. La myomectomie sera employée si la tumeur est unique et reliée par un pédicule grêle. L'hystérectomie sera pratiquée dans le cas contraire (tumeur sessile ou tumeurs multiples). Elle sera supravaginale si le fibrome, de volume moyen, est inséré à la partie supérieure du bord latéral; elle sera totale si ce corps fibreux est inséré sur le col ou volumineux. Dans la myomectomie, comme dans l'hystérectomie, après l'ouverture de l'abdomen, il faut immédiatement procéder à la décortication de la tumeur incluse. Si cette décortication a été laborieuse, s'il y a eu ruptures de nombreuses adhérences, il faut non seulement ne pas suturer le vagin, mais mettre un drain à la partie inférieure de la plaie abdominale.

9° Dans les fibromes utérins intra-ligamentaires compliqués de grossesse, il faut savoir attendre. Lorsqu'une intervention est nécessaire, recourir à la myomectomie dans les premiers mois, à l'hystérectomie plus tard. Jamais d'accouchement prématuré.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALLAHVERDIANTZ. — Thèse Nancy, 1898.

AMUSSAT. — Mémoire sur les tumeurs fibreuses de l'utérus, 1842.

ANGELESCO. — Thèse Paris, 1897.

AUDRY. — Observation d'un fibrome de 15 kilogs développé dans le ligament large et rattaché à l'utérus par un pédicule mince opéré par Laroyenne, *Lyon médical*, 1890.

AXEL. — *Monaschrift f. Geburtshulp u. Gynæk. Lionnel*, Bd. XI.

BALDY (de Philadelphie). — Traitement chirurgical des fibromes. Rapport au Congrès d'Amsterdam.

BERGONIÉ et BOURSIER. — *Archives d'électricité médicale*, 1896.

BILHAUT. — *Revue médicale*, n° 274, 4 octobre 1893.

BŒCKEL. — *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er octobre 1892.

— *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1901, n° 1 et n° 2.

BOIFFIN. — Tumeurs fibreuses de l'utérus, 1893.

BOUCAUD (DE). — Thèse Bordeaux, 1898.

BOURSIER (A.). — *Journal méd. de Bordeaux*, 1901, p. 37. Des kystes hydatiques du ligament large, 13e congrès sciences médicales. Paris.

CABOCHE. — Thèse Paris, 1897.

CAMELOT. — De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromyomes utérins. *Nouv. Archiv. d'Obst. et de Gyn.*, 1892.

CHAVANNAZ. — *Revue Gynec., Obst., Pæd. de Bordeaux*, t. II, n° 3, mars 1900, p. 186.

CHÉNIEUX. — Hystérectomie abdominale pour tumeurs volumineuses de l'utérus. *Limousin médical*, 1892.

CLAISSE (A.). — Thèse Paris, 1900.

CLARKE. — Traitement chirurgical des fibromyomes de l'utérus. *Ann. de Gyn.*, nov. 1899.

CLAVÉ. — Thèse Bordeaux, 1900.

Coffin. — Etude sur les complications des fibro-myomes du l'utérus. Thèse Paris, 1889.

Condamine. — Société de chirurgie de Lyon, 27 décembre 1900.

Damas. — Quelques considérations sur l'hystérectomie abdominale. Thèse Paris, 1899, 1900, n° 284.

Delagenière. — *Arch. provinciales de Chirurgie*, 1894.

— *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1895.

— *Archives provinciales de Chirurgie*, 1896-1898.

— Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd., Paris, 1900; Chirurgie de l'utérus, 1898.

Diriart. — Traitement des fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale. Thèse Paris, 1897.

Doléris. — *La Gynécologie*, 15 décembre 1900.

Doyen. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1892.

— Congrès gynécologique de Bruxelles, 1892.

— *Archives provinciales de Chirurgie*, 1896; Congrès de Chirurgie, 1899.

Dubourg (de Bordeaux). — Congrès de Marseille, 1898.

Duret (H.). — *Semaine gynéc.*, 1897, janv. 1901.

Faure. — Section médiane de l'utérus, *Presse médicale*, 18 oct. 1898.

Fischer. — *Mom. f. Geburts.*, V-4.

Fochier. — *Bulletin Soc. de chirurgie de Lyon*, nov. et déc. 1900.

Fraisse. — *Archives de Tocologie*, 1895.

Fredet. — Thèse de Paris, 1899.

Gentilhomme. — Thèse Paris, 1894.

Ginestous. — *Journal de méd. de Bordeaux*, 1899, n. 47.

Gottschalk. — XIIIe Congrès des Sciences médicales de Paris.

Goullioud. — Association française de Chirurgie, 1893.

— Congrès de Médecine de Bordeaux, 1895.

— Xe Congrès français de Chirurgie, oct. 1896.

— *Archives provinciales de Chirurgie*, 1897.

— Congrès d'Amsterdam.

Guermonprez. — Communic. Acad. de Médecine, 15 et 22 sept. 1892, *Archives de Tocologie*, sept. 1894.

Guibé. — Calcification des myomes utérins. Thèse Paris, 1900-1901.

Guyon. — Tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse d'agrégation, 1869.

Hartmann. — Valeur relative de l'antiseptie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire. Congrès d'Amsterdam, août 1999.

Hartmann et Mignot. — *Ann. gyn.*, juin 1896, p. 425.
Henrotay. — *Bull. Soc. belge de gyn. et obst.*, 1900-1901.
Hofmeyer. — *Ann. gyn.*, fév. 1898.
Hubert. — Thèse Bordeaux, 1899.
Jaboulay. — Hystérectomie abdominale pour myomes utérins. *Lyon médical*, 20 février 1898.
Jacobs. — *Ann. soc. belge de gyn.*, 15 juin 1898. Soc. belge de gyn. et obst., 1899, t. X, n. 14, p. 249.
Jarre. — Thèse de Lyon, 1894.
Jayle. — *Presse médicale*, 1896-1899.
Jonnesco. — XIe congrès chirurgie. Paris.
Keiffer. — *Bull. Soc. belge obst. et gyn.*, 1900, n. 8.
Labadie, Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1901.
Lallement. — Thèse Paris, 1881.
Lang. — Thèse Nancy, 1892.
Lassalle. — Thèse Montpellier, 1890.
La Torre. — Congrès de chirurgie, 1900.
Lauwers. — *Bull. Soc. belge gyn. et obst.*, 1900-1901, n. 2, p. 19.
Le Bec. — XIe congrès chirurgie. Paris, p. 870.
Le Dentu. — Delbet. Traité de chirurgie.
Lemercier. — Thèse Paris, 1901.
Longuet. — Mémoire dans *Semaine gyn.*, 1899.
Martin. — Thèse Nancy, 1891.
Monod (Ch.). — Soc. chirurgie. Paris, 1901, p. 353.
Monod (de Bordeaux). — *Rev. gyn., obst. et pæd. de Bordeaux*, t. I, p. 231, 1899.
Morinière. — Thèse Paris, 1900.
Off (de). — *Semaine médicale*. Paris, 1894.
Pantaloni. — *Archives prov. chirurgie*, 1897, n. 1.
Péan. — Cliniques, 1876.
Perros (Ch.). — Thèse Lyon, 1900.
Petit. — Éléments d'anatomie gynéc. clinique et thérapeutique, 1901.
Petron. — Thèse Paris, 1899-1900.
Pichevin. — *Semaine gynéc.*, 1898, p. 237; 1900, p. 337.
Pozzi. — Thèse d'agrégation. Paris, 1875.
— *Bull. Soc. chirurgie*, 1884 et 1889.
— *Traité de gynécologie.*

Pozzi. — *Semaine gyn.*, mai 1899, p. 237.

Quénu. — *Gazette des hôpitaux*, 31 mars 1895.

— Congrès français de chirurgie, 1899. Comptes-rendus, p. 63.

Quénu et Judet. — De la péritonisation dans les laparotomies. *Rev. de chir.* Paris, 1901. n. 2, p. 153.

Reverdin. — Hyst. abdom. pour fibromes multiples, *Rev. méd. suisse romande*, juillet 1898, p. 550.

Ricard. — Traitement des fibromes utérins, *Gaz. hôpitaux*, 1899.

Richelot. — *Bull. Soc. chir.*, 1890.

Routier. — Soc. gyn. Paris, 14 janvier 1901.

Sanger. — *Centr. f. gyn.*, 1899.

Schwartz. — *Bull. Soc. gyn.*, 1894.

Segond. — *Revue gynécologie*, I, p. 605. Soc. gyn. et pæd. de Paris, 7 décembre 1900.

Sicard. — Thèse de Paris, 1901, n. 237.

Shenck. — *Archiv. f. Gynæk.*, 1901. Bd. LXII. Heft. 3.

Terrier. — *Revue chirurgie*, nov. 1898, 11e congrès chirurgie. Paris, p. 870.

Terrillon. — *Bulletin de chirurgie*, 1883-1889 1890.

— Clinique chirurgicale, 1889.

— *Annales gynécologie*, 1898, p. 340.

Tournay. — XIe congrès chirurgie. Paris, p. 850.

Tuffier. — Bull. et mém. Soc. chirurgie. Paris, 1900, p. 696.

Turner. — Th. Paris, 1900.

Vautrin. — *La Semaine gyn.* Paris, 20 septembre 1898.

Varnier. — *Ann. gyn.* Paris, février 1901.

Verdelet. — *Rev. gyn., obst. et pæd. de Bordeaux*, août 1899.

24,838. — Bordeaux, Y. Cadoret, impr., rue Poquelin-Molière, 17.